

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1030.

DU TRAITEMENT DES
PROLAPSUS GÉNITAUX

PAR

L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 février 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alphonse JOYEUX

Ne à Jussey (Haute-Saône), le 29 juillet 1869.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1895

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1030.

DU TRAITEMENT DES

PROLAPSUS GÉNITAUX

PAR

L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 février 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alphonse JOYEUX

Ne à Jussey (Haute-Saône), le 29 juillet 1869.



LYON

IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

—
1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	X.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maur)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	X.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (Aug.) —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROLLET (Étienne).
BEAUVISAGE.	JABOULAY.	ROQUE.
CONDAMIN.	LANNOIS.	ROUX.
COURMONT.	PERRET.	VIALLETON.
DEROIDE.	POLLOSSON (Aug.).	WEILL.
DEVIC.	ROCHET.	BARRAL
DIDELOT.	RODET.	MOREAU
		} chargés des fonctions d'agrégés.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président; M. FOCHIER, Assesseur; MM. VIALLETON et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE.

A MON FRÈRE, MA SŒUR ET MA BELLE-SŒUR.

A MON BEAU-FRÈRE,

Médecin-chef de l'hôpital de Milianah (Algérie).

MEIS ET AMICIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le professeur LAROYENNE.

A TOUS MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON.

AVANT-PROPOS.

Avant de faire nos premiers pas dans la carrière médicale, nous avons à nous acquitter de nombreuses dettes de reconnaissance que nous avons contractées durant les quelques années d'études que nous avons passées à la Faculté de Lyon. Mais pour être lourde, cette tâche ne nous est pas moins agréable.

Qu'il nous soit donc permis de rendre un public hommage à :

M. le professeur Laroyenne, dont la grande réputation n'a d'égale que l'extrême modestie ; nous ressentons vivement le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, et nous sommes fier d'inscrire son nom en tête de ce travail.

M. le professeur Fochier, l'éminent Accoucheur de la Charité, dont les leçons si goûtées et si éminemment pratiques ont captivé notre attention pendant plus d'une année. Nous n'oublions pas que c'est à lui que nous devons d'avoir pu faire, durant les vacances, deux stages supplémentaires d'accouchements.

M. le professeur-agrégé Condamin, à qui nous devons la première idée et le plan de ce travail, pour lequel il ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils, ni ses vastes connaissances. Nous ne saurons jamais assez le remercier.

M. le professeur-agrégé Vialleton, qui nous a donné en maintes circonstances, des marques de bienveillante sympathie. C'est à lui, nous ne l'oublions pas, que nous devons de posséder quelques connaissances d'embryologie et de micrographie.

M. le professeur Lépine, qui nous a enseigné, on sait avec quelle autorité, les premières connaissances cliniques, et qui depuis n'a cessé de forcer notre admiration par la précision de son diagnostic.

M. le médecin-major de 1^{re} classe Testevin, qui, durant l'année que nous avons passée au régiment, a bien voulu s'occuper constamment de nos études médicales, et nous a fourni les moyens d'acquérir une certaine pratique, surtout au point de vue des maladies contagieuses, des affections de l'œil, du massage et de l'art dentaire.

A tous nos Maîtres de la Faculté enfin, et à nos nombreux amis nous adressons l'expression de notre vive sympathie.

PRÉLIMINAIRES.

Qu'appelle-t-on prolapsus génitaux? L'honneur de cette dénomination semble appartenir à U. Trélat, qui, en mai 1887, assurait que ce n'était pas sans intention qu'il adoptait ce terme général au lieu de placer successivement en tête de chaque leçon : prolapsus utérin ou vaginal, cystocèle ou rectocèle. C'est qu'en effet, dans un bon nombre de cas, ces divers déplacements, trop artificiellement séparés par les pathologistes, ont entre eux des liaisons étroites : ils peuvent exister isolément, fait rare ; le plus souvent ils se complètent, se succèdent et s'aggravent les uns les autres.

Pour la cure de cette affection, on a institué un certain nombre de traitements prothétiques ou chirurgicaux. Les uns s'appliquent à des cas peu graves, ceux, par exemple, où le prolapsus utérin n'est que partiel : c'est le fait des pessaires. Les autres ont à combattre un prolapsus génital complet, toujours compliqué de cystocèle et souvent, mais moins fatalement, d'un certain degré de rectocèle. C'est dans ces dernières catégories que nous rencontrons : la colporrhaphie antérieure ou postérieure, la périnéor-

raphie seule ou la colpopérinéorraphie, l'amputation du col presque toujours atteint d'allongement hypertrophique, l'hystérectomie vaginale, enfin et surtout l'hystéropexie abdominale antérieure.

Nous aurons, au chapitre II, à faire la critique de ces différentes méthodes.

Nous dirons maintenant, en deux mots, l'histoire de la méthode que nous proposons comme traitement des prolapsus génitaux.

L'hystéropexie abdominale antérieure est une opération qui consiste à ouvrir le ventre et à fixer l'utérus à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure.

L'historique de cette opération est rapporté avec un luxe de détails dans les excellentes thèses du docteur Marcel Baudouin (1) et du docteur Bouffandeau (2), ce qui nous permettra d'être bref sur ce sujet.

L'hystéropexie remplit trois indications : les prolapsus, les déviations utérines dans le sens antéro-postérieur, et même certaines salpingites.

La conception de cette opération est due à Gaillard-Thomas, et c'est un prolapsus utérin qui la lui suggéra. Mais la première opération d'hystéropexie ne date que du 27 mars 1869, et fut pratiquée par Kœberlé. Il faut arriver en 1886, c'est-à-dire plus de dix ans après l'avènement de l'antisepsie, pour voir cette opération

(1) Baudouin : Hystéropexie abdominale antérieure dans les rétrodéviations de l'utérus. — Thèse de Paris, 1890.

(2) Bouffandeau : De l'Hystéropexie par le procédé du professeur Laroyenne. — Thèse de Lyon, 1893.

définitivement adoptée et pratiquée par un grand nombre de chirurgiens, tant en Allemagne qu'en France et en Amérique (Holshausen, Scønger, Klotz, — Terrier, — Sims).

Toutefois, il n'y a pas qu'une seule méthode d'hystéropexie, il s'en faut bien. Certains chirurgiens (Sims, Caneva), redoutant l'ouverture de la séreuse, ont suivi une voie extra-péritonéale. Mais le plus grand nombre n'a pas hésité à suivre la voie intra-péritonéale, tout en faisant éprouver au manuel opératoire des modifications capables de diminuer ou d'augmenter les chances de succès.

Nous n'avons pas à critiquer la valeur respective des procédés employés par Czerny, Terrier, Pozzi, procédés qui remplissent très probablement leurs indications ; mais outre les avantages particuliers à la méthode si simple et si idéale du professeur Laroyenne, nous sommes forcé de reconnaître que le gros hystéromètre Laroyenne permet de ramener très facilement vers la paroi abdominale l'utérus, et que les aiguilles-broches et les crins de Florence sont de beaucoup préférables à la soie et au catgut, pour établir les solides adhérences que le poids des organes tend constamment à rendre lâches et incomplètes.

Pour ces trois raisons qui acquièrent ici une importance capitale, nous admettons donc que la seule vraie méthode capable d'obtenir des résultats remarquables ou tout au moins satisfaisants est celle du professeur Laroyenne.

Toutefois, cette méthode d'hystéropexie, bien qu'étant la plus parfaite de celles qui existent aujourd'hui, est

insuffisamment connue à l'étranger et même en France. La clarté et la perspicacité avec lesquelles elle vient d'être exposée au point de vue du manuel opératoire dans les thèses de nos amis, les docteurs Bouffandeau (1), Bricage (2) et Léon (3), nous dispensent des détails.

Nous préférons jeter un coup d'œil sur les doctrines actuelles ; et c'est avec amertume que nous constatons qu'une opération si simple, si innocente, si rationnelle, et fournissant immédiatement des résultats curatifs inespérés, ait soulevé tant de doute, au moins au point de vue des indications, dans l'esprit des chirurgiens même les plus éminents. On verra tout à l'heure quelles controverses, quelles discussions souleva l'hystéropexie, surtout au point de vue des prolapsus génitaux, à la Société de Chirurgie (1893-1894) ; et l'auteur tant goûté du *Traité de Clinique chirurgicale*, le professeur Tillaux, ne dit-il pas lui-même (1894) :

« L'hystéropexie est en général d'une exécution simple et présente peu de danger, mais remplira-t-elle complètement le but qu'on en attend ? L'avenir seul nous le dira. »

Eh bien ! à l'heure actuelle, nous sommes en mesure de pouvoir répondre affirmativement à cette interro-

(1) Bouffandeau, Thèse citée.

(2) Bricage : Du Traitement de l'antéflexion utérine. — Thèse de Lyon, 1894.

(3) Léon : Des Résultats éloignés dans l'Hystéropexie abdominale antérieure au point de vue de la grossesse. — Thèse de Lyon, 1894.

gation. Grâce aux procédés perfectionnés de la méthode de Laroyenne (procédés dont nous aurons à faire ressortir les avantages dans le traitement des prolapsus génitaux qui sont l'objet de ce modeste travail), et grâce à l'examen minuteux qui a été fait des résultats obtenus, nous pouvons préconiser une méthode contre laquelle on ne peut plus objecter que des arguments spéciaux, et c'est pour nous un grand honneur.

Il y a peu de temps encore, on aurait pu critiquer cette méthode au point de vue des grossesses ultérieures : c'eût été là une grave objection, mais des faits de plus en plus nombreux, dont un certain nombre se trouvent consignés dans la thèse de Léon (1), sont venus plaider en faveur de la méthode, et démontrent d'une façon éclatante le triomphe de l'Hystéropexie sur l'hystérectomie (2).

(1) Léon : Thèse déjà citée.

(2) Voir à la page 50 notre cas personnel de grossesse en cours chez une hystéropexiée.

CHAPITRE PREMIER.

Notions anatomiques et physiologiques qui devront guider le chirurgien dans le traitement des prolapsus génitaux.

On a fait des prolapsus utérins et génitaux des lésions banales, trop faciles à expliquer. On se contentait de leur donner pour causes les déformations survenant dans l'appareil ligamenteux utérin au cours de la grossesse ou pendant le travail. On expliquait cela à peu près de la façon suivante : « Tous les tissus du petit « bassin se relâchent progressivement, disait-on, les « canaux distendus s'élargissent, leurs parois obéissent à l'action de la pesanteur et peu à peu la déformation se produit ; le travail, la marche, les efforts, « la consipation, une nouvelle grossesse, de nouveaux « accouchements augmentent peu à peu les lésions « produites (1) ».

Or il n'y avait pas de quoi se déclarer satisfait, surtout si l'on admet comme vrai ce fait anatomique que :

(1) Trélat : Cliniques, tome II.

les ligaments ronds, les ligaments larges, les ligaments utéro-sacrés ne sont pas tendus à l'état normal, et ils ne paraissent soutenir l'utérus que secondairement, « comme des cordelettes mollement tendues » placées en différentes directions autour d'un mât fiché dans le sol (1).

Bien autrement important est le rôle que joue le plancher périnéal dans la production des prolapsus génitaux. Trélat, que l'on ne saurait trop citer, tant il a fait la lumière sur cette intéressante question de physiologie, Trélat, disons-nous, accuse la faiblesse du plancher périnéal d'un grand nombre de cas de prolapsus.

Pour lui, et pour nous aussi, car nous adoptons pleinement sa judicieuse manière de voir, si le périnée constitue une sangle musculaire normale ou suffisante, il n'y a pas de prolapsus à craindre. Mais, soit que le plancher périnéal se soit rompu au moment de l'accouchement ou ait été tirailé par des couches laborieuses, soit qu'il existe chez une femme un périnée peu épais, peu musculueux, insuffisant en un mot, (et cette prédisposition se retrouve très fréquemment chez les ascendantes), on peut s'attendre à constater tôt ou tard l'apparition d'un prolapsus génital. Il suffira alors d'un effort brusque ou violent chez une femme placée dans une de ces conditions, pour qu'immédiatement celle-ci ressente un déchirement dans le ventre, dont l'apparition à la vulve de l'utérus prolabé démontrera la

(1) Trélat : loc. cit.

signification. C'est là le prolapsus brusque, instantané, bien connu de Trélat; mais, plus fréquemment, l'accident peut ne se produire que de longues années après que la disposition a été constituée. Parfois elle a lieu au moment même de l'accouchement, ou quelques jours après, pour ainsi dire sans avertissement.

A propos des ruptures périnéales, nous pensons qu'il est utile de rappeler en deux mots le rôle considérable que Trélat fait jouer avec raison au muscle releveur de l'anus. Il arrive en effet que, pendant l'accouchement, au passage de la tête comme il arrive le plus souvent, alors que l'accoucheur soutient vigoureusement le périnée pour empêcher les ruptures possibles, l'oreille entend un déchirement subit, en même temps que la main perçoit un choc se produisant au moment même d'une contraction utérine violente et intempestive. Il n'y a pas à en douter, c'est le releveur de l'anus qui vient de céder.

Parfois la rupture cutanée peut accompagner la rupture musculaire: dans ce cas l'accoucheur n'hésite jamais à faire plusieurs points de suture; mais s'il arrive que la peau reste intacte, les praticiens et les accoucheurs inexpérimentés se retirent satisfaits, sans s'occuper de la grave lésion qui s'est produite. Voilà pourquoi l'attention du praticien doit être mise en éveil, voilà pourquoi un périnée sain en apparence est en réalité un périnée atteint d'une des plus graves déchirures. Schatz, Schène et Bérard sont également d'avis que parmi toutes les déchirures périnéales sous-cutanées, celles du releveur est relativement fréquente et qu'elle est d'autant plus redoutable qu'elle est diffi-

cile à diagnostiquer, si l'on n'a pas assisté à l'accouchement qui a provoqué la déchirure.

Aussi bien ce serait une erreur de croire que le prolapsus génital ne peut se produire que chez les femmes qui ont eu des grossesses multiples ou des fausses couches préjudiciables. Nous pourrions citer des cas nombreux où le prolapsus s'est produit chez des femmes vierges, et nous avons été surtout frappé du cas de prolapsus utérin primitif complet chez une jeune fille de 14 ans, cas relaté par Horlacher dans la Semaine médicale de Munich (1).

Si nous insistons sur la pathogénie des prolapsus génitaux, existant chez les jeunes comme chez les vieilles femmes, c'est afin de faire mieux ressortir que le traitement devra s'attacher à enlever au périnée affaibli un poids auquel il serait incapable de résister au moment d'un violent effort; c'est-à-dire en soulevant les organes par en haut : ce sera le rôle de l'hystéropexie, et en restaurant le plancher périnéal en bas : ce sera le rôle de périnéorrhaphie.

Nous venons de constater que la faiblesse musculaire du périnée, jointe à l'insuffisance des ligaments utérins expose la femme aux prolapsus génitaux, mais rien jusqu'à présent ne nous explique comment la vessie et le rectum suivent presque inévitablement l'utérus et le vagin dans leur chute. Voici quelle est à ce sujet notre manière d'expliquer ce prolapsus complexe.

(1) Münch. med. Woch., 10 déc. 1889.

Après avoir admis que la partie inférieure du rectum n'est soutenue que par une atmosphère fibro-celluleuse très lâche, et que la vessie est fixée dans son tiers inférieur au pubis par deux liens fibro-musculaires, formant deux faisceaux connus sous le nom de ligaments antérieurs de la vessie ou pubio-vésicaux, l'utérus, le vagin et le rectum (tous les anatomistes le reconnaissent) ont entre eux des connexions qui les fixent solidement les uns aux autres. Ils affectent dans leur ensemble la forme d'un coin à base supérieure, dont les trois segments, disposés dans le sens antéro-postérieur, vessie, utérus et vagin, rectum, se soutiennent les uns les autres ; et cette heureuse disposition est une des conditions qui les empêchent de céder à l'action de la pesanteur qui les sollicite constamment. L'un d'eux, et c'est presque toujours l'utérus, plus ou moins rétrodévié, qui forme la clé de voûte de cet édifice, vient-il à échapper aux conditions de statique, tout l'édifice s'écroule. Le prolapsus génital est constitué.

Le remède serait donc de maintenir l'utérus par en haut : c'est le but fondamental de l'hystéropexie. Si de plus le périnée tirailé, déchiré, effondré par une série d'accouchements laborieux, a fléchi, le remède sera encore de soutenir les organes prolapsés en pratiquant la périnéorrhaphie. Enfin, la cloison vésico-vaginale, ordinairement très résistante, puisqu'elle mesure sept à huit millimètres d'épaisseur, vient-elle à se déprimer, à s'affaïsser sous la pression de la face postérieure de la vessie, nous serons amenés à pratiquer la colporrhaphie antérieure. Et si le rectum, après avoir perdu ses adhérences physiologiques par le fait d'un premier

prolapsus, vient à saillir derrière la cloison recto-vaginale, le remède tout indiqué sera la colporraphie postérieure, ou simplement la périnéorraphie.

Ainsi donc, nous le disons dès à présent : à un simple prolapsus de l'utérus, le traitement applicable est l'hystéropexie seule; l'utérus seul est tombé, c'est donc lui seul que nous fixerons là où devrait le fixer son appareil ligamenteux. Mais au cas où le prolapsus utérin est compliqué de prolapsus vaginal, de cystocèle et de rectocèle, avec ou sans rupture du périnée, c'est-à-dire au cas de prolapsus génital complet, notre traitement devra satisfaire à toutes ces indications, d'où la nécessité d'adjoindre la restauration du périnée et du vagin à l'hystéropexie.

Autre notion importante à connaître : c'est l'ordre dans lequel se fait la chute de ces différents organes. Pour arriver à ce but, il suffit, le prolapsus une fois réduit, de le voir se renouveler sous ses yeux. La paroi antérieure du vagin est la première à faire saillie à la vulve, puis c'est le tour du col, et le corps ne tarde pas à s'échapper, entraînant en même temps que lui vessie et rectum.

La connaissance de l'ordre que suit la chute de ces différents organes est d'un grand intérêt pour le praticien qui veut en opérer la réduction. Il est obligé, en effet, de réintégrer soigneusement ces organes dans l'ordre inverse de celui qu'ils ont suivi dans leur descente. Il sera utile de tenir compte de ces faits dans certains cas de réduction difficile, en commençant par exercer une pression sur la partie sortie la dernière, c'est-à-dire sur la paroi postérieure du vagin.

Il ressort de cette étude rapide des prolapsus génitaux que les cas vont du simple au complexe. Le travail de descente peut s'arrêter à différents stades, mais il tend toujours à s'aggraver. En pratique, les cas les plus complexes ne sont pas les plus rares.

Longtemps on a ignoré que les prolapsus vésicovaginaux s'accompagnent presque constamment d'hypertrophie et d'allongement du col. Huguier, 1860, dans un laborieux mémoire, attira sur ce sujet l'attention des gynécologues, qui n'en avaient publié jusque là que des cas isolés. Mais l'auteur du *Mémoire sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus* eut le tort d'y voir la cause primordiale de presque toutes les variétés de prolapsus génitaux. Il prenait la cause pour l'effet, car, il faut bien le reconnaître, cette hypertrophie, cet allongement (en dehors de l'hypertrophie idiopathique assez rare, due à une prédisposition qui n'a rien à voir avec le prolapsus), ne commencent qu'une fois la lésion créée. On comprend très bien que l'élongation n'est qu'un fait secondaire dû à la traction exercée par le vagin prolabé, et que l'hypertrophie est elle-même consécutive à la stase sanguine favorisant la production d'une métrite parenchymateuse.

Il faut encore signaler ici une complication de la cystocèle sur laquelle a insisté le professeur Duplay : c'est l'uréthrocèle, tumeur formée par une dilatation de l'urèthre ou par une cavité en communication avec ce canal. Elle ne peut être diagnostiquée que par une observation attentive. Du reste, elle peut exister seule,

sans cystocèle. L'uréthrorraphie répondra à cette indication.

Il est même possible que l'intestin grêle s'insinue en avant ou en arrière du col utérin et l'accompagne jusque sur le vagin dont il déprime les parois en formant ce qu'on a appelé les hernies ou entérocéles vaginales.

Avec l'autorisation de M. le professeur agrégé Condamin (1), nous reproduirons presque in extenso la note, sans précédente, qu'il fit paraître, dans le *Lyon médical* de l'année 1894, au sujet des nouveaux rapports que peuvent affecter l'utérus et la vessie à la suite d'un prolapsus génital.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, qui fait, du reste, l'objet de l'observation V.

Pour éviter les redites, nous renvoyons le lecteur à l'observation V où se trouve l'histoire clinique de la malade, et nous nous bornons ici à donner l'interprétation du fait de manière à faire saisir le déplacement que peut subir la vessie par rapport à l'utérus au cours d'un prolapsus génital.

Le soir même de l'opération (hystéropexie) et les jours suivants, la malade ayant émis des urines sanguinolentes, « comment, écrit M. le professeur-agrégé Condamin, peut-on expliquer cet accident? On sait qu'à l'état normal les rapports de la paroi postérieure de la vessie et de l'utérus sont intimes. On sait que des

(1) R. Condamin : D'une modification des rapports de la vessie dans les Prolapsus utérins.

adhérences relativement lâches fixent la partie moyenne et sus-vaginale du col à la partie correspondante de la vessie. Dans quelques cas, ces adhérences peuvent encore exister sur les cinq ou dix premiers millimètres du corps utérin, mais au-dessus, corps utérin et paroi postéro-supérieure de la vessie sont séparés l'un de l'autre par le cul-de-sac vésico-utérin, d'autant plus appréciable que la vessie est plus distendue.

Cette disposition reste la même, d'après les classiques, dans les cas de prolapsus utérin avec ou sans allongement hypertrophique du col, avec ou sans cystocèle ou rectocèle.

En somme, il existe dans ces déplacements un cul-de-sac péritonéal utéro-vésical qui fait que la paroi antérieure du corps utérin est toujours indépendante de la paroi vésicale postéro-supérieure. Si les auteurs n'ont pas décrit ces rapports d'une façon absolument explicite, les dessins qui accompagnent leur description ne laissent aucun doute sur cette disposition.

Or, ceci n'existait très certainement pas dans le cas que nous venons de relater et où la vessie était adhérente avec la moitié au moins, sinon les deux tiers inférieurs du corps utérin.

Ne pourrait-on pas expliquer cette disposition pathologique par un glissement de l'utérus en bas pendant que la vessie restait plus ou moins retenue à sa place, glissement qui aurait eu comme résultat d'abord le prolapsus et ensuite l'effacement ou du moins le plissement relatif du cul-de-sac vésico-utérin? Celui-ci alors au lieu de s'insinuer entre la vessie et la partie la plus supérieure du col ne serait arrivé par suite de ce glis-

sement progressif qu'au niveau du tiers supérieur du corps de l'utérus. Sans doute, on sait que le péritoine pariétal est intimement adhérent avec le tissu utérin surtout au niveau de son corps ; mais il n'est pas illogique d'admettre que des contractions continues et prolongées aient pu amener ce résultat.

Quoi qu'il en soit de la théorie, le fait existe. Dans certains cas, les adhérences de la vessie avec l'utérus remontent jusqu'au niveau du tiers supérieur de son corps, et cette disposition devra toujours être présente à l'esprit du chirurgien qui entreprendra une hystéropexie pour prolapsus utérin. L'attention devra être d'autant plus éveillée qu'il s'agira de prolapsus sans cystocèle : c'est évidemment la fixation de la vessie à sa position normale pendant que l'utérus descend qui doit favoriser le changement de rapport sur lequel nous venons d'insister. »

CHAPITRE DEUXIÈME.

Critique des diverses méthodes. — Indications.

CRITIQUE DE LA MÉTHODE ORTHOPÉDIQUE. CRITIQUE DES MÉTHODES SANGLANTES ET PRINCIPALEMENT DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE.

Pessaires. — Des opinions diverses et même contradictoires règnent actuellement chez les gynécologues au sujet de l'emploi des pessaires dans les différents cas de prolapsus. Aussi est-il très délicat de faire la critique de cette méthode orthopédique.

Il est bien évident qu'appliquer un pessaire est chose beaucoup plus simple et plus facile que toute intervention sanglante. Aussi a-t-on raison d'essayer presque constamment ce moyen dès les premiers temps de l'affection qui nous occupe.

Cependant, d'où vient qu'on est trop souvent obligé de les abandonner ? C'est que malheureusement le remède est insuffisant ! Il nous sera facile de nous rendre compte des avantages et des inconvénients que

peuvent procurer les pessaires dans les prolapsus, si nous établissons les divers cas qui se présentent dans la pratique.

Commençons par les cas les moins graves, ceux où l'utérus seul a subi un certain degré de prolapsus. Evidemment on ne songera pas ici à pratiquer une opération sanglante : l'utérus est facilement réductible avec le doigt, il sera donc tout indiqué de maintenir cette réduction à l'aide d'un pessaire approprié, et dans ce cas le plus simple sera souvent le meilleur.

A la femme âgée on introduira un pessaire en gimblette, qui agira surtout par son volume.

Chez une femme jeune, en puissance de mari, il est préférable de conseiller le Hodge et le Smith ou le pessaire en berceau dans les cas qui s'accompagnent de cystocèle légère. Mais, passons sur ce choix qui ne doit pas nous occuper.

Les faits ont démontré que dans ce cas le pessaire est le traitement de choix, car il remplit parfaitement son indication et se montre suffisant, pendant un certain temps du moins, à soutenir l'utérus prolapsé.

Malheureusement ces cas simples ne sont pas les plus fréquents, et trop souvent nous avons affaire à des femmes qui joignent à un prolapsus utérin un certain degré de prolapsus vaginal. Dans ces cas-là, où le pessaire prendrait-il ses points d'appui ? Sur le vagin ? mais le vagin est retombé sur lui-même, est plissé en accordéon sous le poids de l'utérus qui l'entraîne dans sa chute. Le seul point d'appui fixe est le périnée. Si l'on applique un pessaire dans ces conditions, le remède, on le conçoit, sera peu utile, et c'est à peine si

le pessaire réussira à maintenir l'utérus et le vagin à un ou deux centimètres au-dessus de la sangle périnéale. En effet l'histoire des malades qui se trouvent traitées dans ces conditions est toujours la même.

« On leur conseille un pessaire, dit Trélat (1), il les
« soulage, puis il devient impuissant, on en donne un
« plus puissant, même soulagement immédiat, même
« impuissance dans la suite ; puis il arrive une période
« où le pessaire ne peut plus être supporté, il a pro-
« voqué des ulcérations, il cause des douleurs persis-
« tantes, ou bien, ce qui est encore plus fréquent, il ne
« peut tenir en place ; il est devenu tout-à-fait inutile. »

Enfin la malade qui se présente à nous a un prolapsus complet de l'utérus et du vagin. Le plancher périnéal trop faible a cédé, et le vagin, dans son retrait, a entraîné ses cloisons antérieure et postérieure. Le prolapsus génital est complet. Quel point d'appui pourrait bien prendre un pessaire qui serait chargé dans ces conditions de s'opposer à la chute toujours imminente de ces organes ?

Dans ce cas de prolapsus génital complet, on ne peut songer à appliquer un pessaire qu'après avoir restauré le périnée, et fourni aux parois antérieure et postérieure du vagin des points d'appui solides, tels que pourrait les créer la colporrhaphie antérieure et postérieure. Nous ajouterons qu'après avoir procédé à ces diverses restaurations et fourni un nouveau point de fixité à la matrice par l'hystéropexie, il sera très rationnel d'ajouter

(1) Trélat. Loc. cit.

un surcroît de fixité et de solidité à tout le système et particulièrement à l'utérus en soutenant celui-ci à l'aide d'un pessaire. La présence même de ce pessaire placé quinze jours après l'opération constitue un des points originaux de la méthode de notre Maître, le professeur Laroyenne.

Au cours de cet aperçu destiné à faire voir la part que les pessaires peuvent prendre dans le traitement des prolapsus, nous n'avons fait mention que du pessaire en gimblette, du Hodge et du Smith.

Est-ce à dire qu'il faut rejeter les autres ? Ce serait être trop partial, et nous renvoyons, pour le choix qu'on doit en faire, aux traités spéciaux.

Ceintures, Hystérophores. — Nous serions incomplet si nous ne faisons mention, à propos des traitements orthopédiques des prolapsus, des diverses ceintures abdominales que les femmes des classes riches portent assez souvent, dans certaines villes, comme mesure prophylactique à la suite d'une grossesse. On a cherché à faire mieux : on a adapté à des ceintures des pelotes de diverses formes, et ces ceintures auxquelles Pozzi pense qu'on devrait réserver le nom d'*hystérophores* sont des moyens temporaires d'empêcher le prolapsus réduit, mais encore n'est-on en droit de leur demander qu'un faible remède. Scanzoni, Courty, Grandcollot, Cutter, Borgnet, en ont imaginé d'assez ingénieux. Mais encore une fois, ils ne sont applicables qu'aux cas de prolapsus légers.

Massage. — Nous ajoutons que les journaux allemands de ces dernières années ont vivement prôné le

massage contre la plupart des affections utérines et en particulier contre le prolapsus. Que le massage, seul ou à deux, combiné avec le repos et les bains, puisse diminuer le volume des parties prolabées et en faciliter la réduction, soit ; mais il serait à la vérité tout à fait illusoire de compter sur une contention spontanée durable des organes ainsi replacés.

Le massage aura une indication toute spéciale et sera particulièrement efficace dans les cas relativement rares où il existe des adhérences. Toutefois on n'obtiendra jamais de la sorte qu'un soulagement temporaire qui ne dispensera pas d'une opération classique.

Nous passons maintenant à la critique d'un autre ordre de traitements des prolapsus génitaux, nous voulons parler des méthodes sanglantes, c'est-à-dire de celles qui ont recours aux divers moyens chirurgicaux mis en usage pour combattre les différentes modalités des prolapsus. En rétrécissant la paroi antérieure du vagin, on refoulera la vessie ; en rétrécissant la paroi postérieure, on refoulera le rectum ; on rejettera en haut l'utérus si on vient par un procédé quelconque à créer un obstacle permanent au fond du vagin ; et, comme la paroi postérieure et le périnée sont souvent déprimés ensemble, nous comprendrons également la colpopérinéorrhaphie. Enfin, comme nous l'avons dit au chapitre précédent, puisque l'allongement hypertrophique du col est en quelque sorte le corollaire des prolapsus vagino-utérins, il importera d'apprécier les opérations auxquelles il donne lieu.

Amputation du col. — En raison même de la fréquence excessive de l'allongement hypertrophique du col, il est rationnel de commencer par lui.

Après avoir constaté, exagéré même l'importance de cette hypertrophie cervicale, Huguier songea à y remédier, et c'est alors qu'il fit entrer dans la pratique la résection du col. Mais il eut le tort de ne pas se préoccuper de la réunion consécutive. Marion Sims par son procédé de résection conoïde a rendu possible l'affrontement des muqueuses. Nous n'avons pas à nous occuper ici du manuel opératoire, puisque nous y reviendrons au chapitre suivant. Quant au jugement que nous devons porter sur cette intervention, nous ne serons pas contredit si nous affirmons que, une fois l'allongement hypertrophique constaté, rien n'est plus rationnel que de procéder à l'amputation conoïde du col : tous les chirurgiens en ont reconnu l'utilité et la pratiquent couramment. L'exécution en est relativement facile et les résultats excellents.

Examinons maintenant les uns après les autres les procédés conservateurs les plus connus et les plus en faveur ; nous nous efforcerons de préciser leurs indications et d'apprécier les résultats qu'ils sont à même de fournir. Ils sont classiques, peu nombreux, et ont donné, pour la plupart, des résultats favorables, qui n'ont pas manqué d'être signalés en leur temps par leurs auteurs. Cependant une vue d'ensemble permet de les rapprocher les uns des autres, et si l'on tient compte des indications précises auxquelles ils répondent, on peut immédiatement dégager cette idée générale, c'est qu'*aucune méthode proposée contre les pro-*

lapsus génitaux n'est suffisante par elle-même, car à des désordres nombreux il faut des réparations nombreuses. C'est ce que nous sommes en mesure de démontrer.

L'opération d'Alquié-Alexander-Adams, qui jouit en Angleterre et en Allemagne d'une certaine vogue consiste dans le raccourcissement des ligaments ronds. L'anatomie nous a déjà fait pressentir que cette opération, dont l'idée est à coup sûr ingénieuse, est vraisemblablement plus applicable aux cas de rétroversions utérines. Dans le cas de prolapsus, elle ne peut que soutenir faiblement l'utérus derrière la vessie et le pubis. Mais dans les cas de prolapsus génitaux, qui sont les seuls qui nous occupent, cette opération est insuffisante, contre-indiquée même affirme Pozzi, puisqu'il y a chute du vagin. Elle est contre-indiquée également si le périnée est détruit, et il faudrait alors commencer par la périnéorrhaphie.

Périnéorrhaphie. — Au chapitre I^{er}, les considérations anatomiques et physiologiques que nous avons émises à la suite de Trélat et de Pozzi nous ont démontré que le point faible de la statique de l'appareil génital est presque constamment le périnée. Il ne faut donc pas s'étonner du grand nombre de procédés opératoires qui ont été proposés en France comme à l'Etranger pour rendre au périnée au moins une partie de sa résistance contre l'écrasement continu des organes qu'il a peine à supporter. Ils ont tous pour but de tendre la sangle périnéale congénitalement trop

faible ou devenue insuffisante à la suite de ruptures partielles ou totales créées au passage de la tête fœtale. Qu'on songe à restaurer ce plancher périnéal, très bien, mais lors même qu'on aura obtenu un excellent résultat, lors même qu'on aura rétréci la vulve pour plus de sûreté, que deviendront l'utérus, le vagin, la vessie et le rectum en prolapsus? Mais ils flotteront au-dessus du périnée! mais l'utérus tombera dans le vagin infléchi sur lui-même! et la vessie et le rectum n'en continueront pas moins à faire irruption sur les faces du vagin! Que faut-il donc conclure? C'est que la périnéorrhaphie, toute rationnelle, toute séduisante qu'elle est, se trouve insuffisante par elle-même à réintégrer les organes génitaux prolapsés dans la position qu'ils occupaient primitivement.

Colporraphie postérieure. — Non moins ingénieuse et non moins rationnelle est la colporraphie postérieure, qui consiste à réséquer sur la paroi postérieure du vagin un segment de muqueuse, variable comme forme avec les divers auteurs, dans le but de refouler le rectum qui proémine derrière la paroi relâchée. Du même fait, le canal vaginal peut se trouver rétréci, ce qui empêchera la matrice manuellement réduite de passer aussi facilement dans le vagin. Encore une fois, la description des divers procédés employés ne rentre pas dans le cadre de ce modeste travail, il ne nous importe que de considérer les résultats. Or, pour rester juste, nous devons reconnaître que la colporraphie postérieure est par elle-même une excellente opération, commandée uniquement par la rectocèle.

S'il n'existe pas de rectocèle, pourquoi ferait-on cette opération ? dans quel but ? uniquement pour rétrécir le vagin ? L'opération aurait un but bien médiocre, et le résultat serait nul. Réservons donc la colporraphie postérieure à la rectocèle. Mais comme il n'y a pas de rectocèle sans prolapsus utéro-vaginal, nous aurons paré à la moins grave des complications : nous aurons fait bien, mais trop peu.

Colpopérinéorrhaphie. — Souvent et avec raison on emploie la colpopérinéorrhaphie, opération qui n'est que l'ingénieuse synthèse des deux précédentes, dans le but de restaurer à la fois le périnée et la cloison postérieure du vagin. Nous avons jugé les deux procédés de restauration qui précèdent, nous ne pouvons que porter le même jugement sur celui-ci.

Colporraphie antérieure. — Nous arrivons à la colporraphie antérieure ou restauration de la cloison antérieure du vagin. Celle-ci habituellement si solide, au cas de prolapsus génitaux s'accompagne presque fatalement, comme nous l'avons démontré au chapitre I^{er}, de cystocèle. On pourra voir, parmi les observations réunies à la fin de cet opuscule la fréquente nécessité de remédier à cette chute de la vessie, qui est comme saisie de vive force par sa face postérieure et entraînée en bas et en arrière, en raison même de la solidité de la cloison qui l'accrole au vagin prolabé. Refouler la face postérieure de la vessie à sa place normale en lui faisant suivre un chemin inverse de celui qu'elle a pris pour descendre est donc absolument rationnel, et, la colporraphie antérieure, en reséquant un segment vaginal qu'on aura avantage à tailler en

forme de tranche de melon, rejettera forcément la vessie en avant vers le pubis et la chassera de son habitat vaginal. Il est incontestable que si le vagin jouit encore d'une certaine fermeté, si le périnée est demeuré ou a été rendu suffisamment solide, l'opération fournira un excellent résultat. Mais malheureusement ce cas est rare, et presque toujours le prolapsus de l'utérus, cause première du prolapsus génital s'appesantira de plus en plus sur le vagin et par suite sur le périnée, si nous ne prenons pas soin de le faire adhérer fortement en haut, à la paroi abdominale antérieure par l'hystéropexie.

Nous concluons donc qu'il serait illusoire d'espérer de bons résultats avec cette seule opération. Ajoutée à l'hystéropexie, nous aurons seulement des résultats remarquables, comme le montrent les observations qu'on trouvera à la fin de cette thèse.

Opération de Le Fort. — Le Fort voulant profiter des cas où le vagin et le périnée sont suffisamment résistants, c'est-à-dire quand il n'y a à proprement parler que du prolapsus utérin, a eu l'idée certainement ingénieuse d'aviver en longueur les deux parois vaginales de manière à les rendre adhérentes l'une à l'autre de façon à constituer un support à l'utérus. Nous avions d'abord pensé que ce traitement n'était pas applicable aux femmes jeunes ou en puissance de mari, mais nous avons été surpris, nous l'avouons, en constatant par les conclusions d'André (1) que « les rapports sexuels,

(1) André. — Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Le Fort. — Thèse de Paris, 1889.

« la conception, voire même l'accouchement ne sont
« nullement entravés par le procédé du cloisonnement
« du vagin ». Toutefois, n'étant pas bien convaincu,
nous avons voulu voir de plus près. Or nous avons lu
qu'on était obligé de détruire la cloison vaginale pour
l'accouchement, quitte à recommencer plus tard l'opé-
ration qui du reste ne réussit pas toujours et demande
un long traitement consécutif. Aussi, quoi qu'en ait dit
le D^r André, nous persistons dans notre scepticisme, et
ce n'est pas cette opération que nous conseillerions à
une femme jeune ou mariée. Du reste la méthode du
cloisonnement vaginal a le tort de ne s'appliquer
qu'aux cas de prolapsus utérins parfaitement réduc-
tibles, ce qui, somme toute, constitue des cas rares,
auxquels l'hystéropexie serait encore plus pré-
cieuse.

Il nous reste maintenant à faire la critique d'une
opération, non plus conservatrice celle-ci, fort en
honneur à Paris et dans certaines écoles. En raison
même de la vogue dont elle jouit présentement, nous
allons examiner soigneusement ses résultats, tant
immédiats qu'éloignés, et en faire un court parallèle
avec l'hystéropexie. Les discussions intéressantes
auxquelles ont donné lieu les diverses méthodes de
traitement des prolapsus génitaux nous permettront de
citer les avis émis à ce sujet par des chirurgiens qui
peuvent compter parmi les plus éminents, ce qui
contribuera pour beaucoup à donner de l'autorité à la
critique que nous allons faire de l'hystérectomie
vaginale.

Etant donné qu'il existe un prolapsus génital, la

matrice est naturellement incriminée, et certains chirurgiens n'ont rien trouvé de mieux pour empêcher la rechute de l'utérus que de l'enlever radicalement. Le prolapsus utérin ne se reproduira plus. — Oh ! sans doute, mais aussi tout en essayant de guérir votre malade, vous lui aurez enlevé la possibilité d'avoir des enfants, et vous aurez eu le grand tort de vous être privés de l'organe qui seul est capable de donner prise aux moyens de suspension tout aussi importants que les moyens de soutènement.

Aussi, l'opération qui consiste à enlever l'utérus par la voie vaginale, bien que relativement facile, a-t-elle trouvé de nombreux détracteurs. Elle a été combattue, elle a été louée, elle a fait les frais de six longues séances de la Société de chirurgie ; bref, il est facile aujourd'hui de la juger, de séparer ses avantages d'avec ses inconvénients. Nous reproduirons ce qui a été dit à son éloge ou contre ses résultats ; nous réunirons en faisceaux les divers arguments que l'on a avancés pour ou contre elle, et, pour terminer, nous ajouterons, en guise de morale, quelques bonnes réflexions empruntées à Pichevin (1).

Il est un fait admis par la presque totalité des chirurgiens qui ont pris part à la discussion sur les prolapsus, c'est que l'hystérectomie, pour la bonne raison qu'elle supprime la fonction de reproduction, ne doit pas être tentée avant l'âge de la ménopause. Mais on a eu le tort, selon nous, d'admettre un trop

(1) Pichevin. — De la castration chez la femme. Thèse de Paris, 1890.

grand nombre d'exceptions à cette règle. Selon les uns, peu importe que les annexes et l'utérus soient absolument sains. Selon d'autres, les petits fibromes concomitants du prolapsus utérin rendent justifiable l'hystérectomie. Selon le plus grand nombre enfin, il existe des cas où la main de l'opérateur se trouve pour ainsi dire forcée : l'âge avancé de la malade atteinte à la fois d'un prolapsus et d'un fibrome utérin ou d'un cancer ou encore d'une annexite double, ce qui est extrêmement rare, permettront de considérer l'utérus « comme un meuble inutile » et même nuisible.

Nous avons lu trèsattentivement les comptes-rendus de la Société de chirurgie (1893-1894), sur les prolapsus. D'après les divers avis qui ont été émis sur l'hystérectomie vaginale, nous allons passer en revue tous les avantages et tous les inconvénients qui ont été reconnus à cette méthode.

A vrai dire, les *avantages* que la savante Société a reconnus à l'hystérectomie vaginale sont peu nombreux. Tous les chirurgiens qui ont pris part à la discussion, sauf M. Desprès, l'ont vue pratiquer et l'ont pratiquée eux-mêmes plusieurs fois pour prolapsus, et s'accordèrent à dire qu'elle est d'une exécution presque toujours facile, assez rapide, et que « la matrice tombe dans les mains comme une tumeur ». Tous, sauf un chirurgien qui repousse toute intervention chirurgicale, M. Desprès (et c'est un honneur de n'être pas de son avis), constatent que l'ablation de l'utérus allège le système prolabé ; de même les fibromes gros ou petits, qui se trouvent faire partie de l'utérus énucléé, allègent le poids de la masse d'autant qu'ils se trouvent plus pesants ou plus nombreux.

Toutefois, et nous insistons là-dessus, l'hystérectomie n'est acceptée que comme pis-aller, « comme une opération d'exception, qui ne doit s'adresser qu'aux femmes ayant dépassé l'âge de la ménopause, ou s'en rapprochant tellement que toute grossesse devient absolument impossible » (1).

Voilà le principe qui a été posé et admis par tous.

M. Paul Segond reconnaît également que « quand la femme a dépassé la ménopause, et lorsque l'ensemble des autres lésions nécessaires à corriger exigent l'association de l'opération d'Huguier à d'autres interventions, notamment à l'hystéropexie, il n'y a que cinq indications de l'hystérectomie vaginale :

1° La présence d'un fibrome, et, a fortiori, d'un cancer de l'utérus.

2° L'évolution simultanée d'une lésion inflammatoire bilatérale des annexes.

3° L'existence d'une tumeur péri-utérine refoulant l'organe prolapsé.

4° L'irréductibilité du prolapsus.

5° L'allongement hypertrophique du col. »

Remarquons que l'irréductibilité est tout à fait exceptionnelle, et que l'allongement du col est tout particulièrement justiciable de l'opération d'Huguier.

Tels sont, d'après la Société de Chirurgie, les avantages et les indications de l'hystérectomie vaginale pour le traitement des prolapsus génitaux.

(1) Conclusion du Rapport de M. Quénu. Bulletin de la Société de Chirurgie. Séance du 27 décembre 1893.

Passons maintenant aux *inconvenients* : ils sont assez nombreux comme on va le voir.

L'hystérectomie, selon la proposition admise, ne doit s'adresser qu'aux femmes ayant franchi le cap de la ménopause. Que faire alors à une jeune femme, chez qui les traitements orthopédiques et les diverses raphies n'auront pas amené de résultat satisfaisant ? Si vous ne faites pas l'hystéropexie, vous voilà donc forcés d'avoir recours à l'hystérectomie ! Mais c'est là, qu'on y songe bien, une opération qui aura les plus graves résultats. La femme, du fait de cette opération, verra emportée par les ciseaux ou le bistouri du chirurgien toute la descendance qu'elle eut pu avoir.

Nous reviendrons du reste sur cette grave considération à la fin de ce chapitre.

Un autre reproche, adressé à l'hystérectomie vaginale par la plupart des chirurgiens, est la fréquence d'hémorragies au cours de l'opération. M. Richelot insiste sur la prétendue bénignité de l'hystérectomie. Il a vu, dit-il, des hémorragies graves, soit avec les ligatures, soit avec les pinces, même chez des sujets dont l'hémostase paraissait être parfaite. Il a même perdu récemment une malade dans ces conditions. M. Schwartz insiste sur le même accident. M. Chaput attribue à l'hystérectomie vaginale des hémorragies nombreuses, et cite en outre cinq cas de mort par shock sur cinquante-cinq opérations, d'après la statistique d'Hartmann.

L'hystérectomie vaginale, on le voit, est donc loin d'être une opération innocente. De plus, elle est bien insuffisante.

Beaucoup d'opérateurs, pour ne pas dire tous, ont

remarqué avec quelle régularité désespérante se reproduit le prolapsus du vagin après l'hystérectomie. Trélat, en étudiant la question des prolapsus génitaux au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie, a pourtant bien fait remarquer que l'utérus constitue une sorte de clé de voûte de tout l'édifice prolabé. Si vous enlevez l'utérus, le vagin qui ne sera plus soutenu par rien, refoulé en avant par la vessie, en arrière par le rectum, s'affaissera sur lui-même, par la double pression du rectum et de la vessie et par son propre poids. La rectocèle et la cystocèle ne s'en développeront que mieux, et le prolapsus vaginal manquera bien rarement.

D'autre part : « l'hystérectomie n'est rien sans la colporrhaphie », disent MM. Reynier et Richelot. « L'hystérectomie reste sans effet utile si elle est réduite à elle-même », dit à son tour Pozzi. C'est en désespoir de cause que M. Routier a pratiqué l'hystérectomie, car « il faut la combiner à la colporrhaphie et à la périnéorraphie ». M. P. Segond pratique à titre d'opération préliminaire l'opération d'Hugier toutes les fois qu'il y a allongement hypertrophique de l'organe. Plus loin, il ajoute qu'en outre de la résection du col, les autres lésions qu'il faut corriger nécessitent d'autres interventions notamment l'hystéropexie.

Enfin, M. Paul Reclus pense que « du moins dans la majorité des cas, l'hystérectomie ne doit et ne peut être qu'une opération préliminaire et la colpopérinéorraphie la complètera le plus souvent. »

Nous avons déjà dit deux mots de la grave conséquence qu'entraîne l'hystérectomie, conséquence telle-

ment grave qu'on doit la considérer comme contre-indiquée chez les femmes jeunes ou pouvant avoir des enfants. Pichevin, dans son excellente thèse (1), a été l'écho des protestations nombreuses qui s'élevaient déjà il y a cinq ans contre les abus de la castration pratiquée de propos délibéré chez des femmes jeunes dont on eut pu soulager la plupart par des procédés conservateurs. Ici, le champ de la discussion est moins vaste, puisqu'il ne renferme que la castration utérine. Mais au point de vue des résultats, castration utérine ou double castration ovarienne c'est tout un : la femme est frappée de stérilité. M. Quénu, en lisant son rapport, ne citait que sept hystérectomies pour prolapsus connues en France, et voici qu'un mois après il relevait la statistique de cinquante-un cas nouveaux, dont il venait de prendre connaissance ! Combien de castrations eut-on épargnées si l'on eut appliqué sciemment l'hystéropexie abdominale antérieure !

Et encore, quels résultats l'hystérectomie a-t-elle fournis ! Au commencement de ce chapitre, nous disions à propos des colporraphies : « nous faisons bien, mais trop peu », ne devons-nous pas dire, à propos de l'hystérectomie vaginale : de peur de faire trop peu on fait trop, et l'on fait très mal ?

Entre ces deux opérations dont l'une est insuffisante, (colporraphie) et l'autre également insuffisante et de plus trop radicale dans le plus grand nombre des cas, (hystérectomie), il y a place pour une opération conser-

(1) Pichevin : Des abus de la castration chez la femme. Thèse de Paris, 1890.

vatrice au premier chef, c'est l'hystéropexie abdominale antérieure, qui remet l'utérus en place et le remonte même avec le vagin qui lui fait suite. L'allongement hypertrophique du col et la faiblesse du périnée, s'ils existent, sont justiciables d'opérations complémentaires.

Nous avons montré au chapitre I^{er} que les prolapsus génitaux sont loin d'être rares chez les jeunes filles, et qu'ils n'ont guère de raison d'attendre un âge avancé pour se manifester. Ces faits nous amènent à dire que les prolapsus sont très fréquents pendant la période génitale de la femme, d'où la nécessité absolue de leur appliquer un traitement suffisant, complet, aussi innocent et aussi infaillible que possible, tout en laissant à la femme son utérus intact, ce qui lui permettra de se développer parfaitement pendant la grossesse. L'hystéropexie abdominale antérieure complétée ou non, suivant les cas, par la résection du col, les colporraphies et la périnéorraphie, est l'unique méthode qui permettra d'obtenir des résultats satisfaisants.

Toutefois, n'est-ce pas ici le cas de rappeler le judicieux précepte formulé par Emmet : « Le succès en gynécologie réside tout entier dans les détails ». Si l'hystéropexie abdominale antérieure par le procédé de Laroyenne a fourni des résultats, nous disons non-seulement satisfaisants mais merveilleux, c'est grâce à la perfection du procédé d'hystéropexie de notre Maître, le professeur Laroyenne.

CHAPITRE TROISIÈME.

Méthode employée à la Clinique gynécologique de Lyon.

Nous avons déjà dit que l'âge est la source principale des indications et contre-indications des méthodes qui cherchent à donner le meilleur traitement des prolapsus génitaux. Après ce qui a été dit et conclu au chapitre précédent, nous pouvons donc ranger les femmes atteintes de prolapsus en deux grandes catégories : 1° les femmes jeunes, et pouvant encore concevoir ; 2° les femmes ayant dépassé la ménopause ou atteintes de lésions graves ou incompatibles avec la puerpéralité. Nous aurions évidemment quelques considérations à émettre sur la seconde catégorie ; mais le choix de l'opération étant discutable pour elle, nous nous occuperons exclusivement de la première catégorie, de beaucoup la plus intéressante, tant au point de vue de l'efficacité que doit avoir le traitement dont les résultats devront être persistants, qu'au point de vue de l'intégrité de la fonction de reproduction. Notre travail

est donc nettement circonscrit, puisqu'il s'adresse presque uniquement aux femmes jeunes qu'on devra opérer pour le prolapsus génital seul. Nous répétons que dans la pratique les cas de prolapsus génitaux ne sont pas toujours identiques, ou, si l'on préfère, revêtent diverses modalités qu'il importe de bien reconnaître. Le chirurgien devra surtout diriger son traitement sur le point faible, sans rien négliger pour rendre parfaits l'appareil de suspension comme l'appareil de soutènement.

Ainsi donc, comme on pourra le voir dans la série des observations qui terminent ce mémoire, le nombre des opérations partielles appliquées à chaque cas est variable. Aussi, pour être complet, supposerons-nous un cas de prolapsus génital avec cystocèle et hypertrophie du col, la rectocèle étant un peu plus rare, et, disons-le de suite, justiciable de la colporrhaphie postérieure.

Au périnée affaibli, déchiré, on doit opposer la périnéorrhaphie, à la cystocèle la colporrhaphie antérieure, à l'allongement hypertrophique du col l'amputation conoïde; enfin et surtout pour relever à la fois l'utérus et le vagin prolapsés, on doit pratiquer l'hystéropexie pour suspendre l'utérus à la paroi abdominale, comme on pend un lustre au plafond. Nous ne saurions trop insister sur la nécessité qu'il y a de conserver l'utérus. Il faut absolument qu'il subsiste, car en constituant la clé de voûte de l'édifice écroulé lui seul est capable de donner prise aux moyens de suspension. Une fois fixé à la paroi abdominale antérieure, il déplissera et tendra le vagin qui le suivra forcément, et complètera l'œuvre

des colporrphies en achevant de refouler la cystocèle et la rectocèle.

Il est, pour ainsi dire, fastidieux de réfuter les arguments que l'on a apportés contre l'hystéropexie abdominale antérieure. Qu'on lise les thèses de Baudouin, de Warde, de Lamort, et celles surtout inspirées par l'école du professeur Laroyenne, qui sont dues à Bouffandeau, à Bricage, à Léon, à Berruyer (1), à Duquaire (2), et l'on y verra, par les théories et les résultats, que la vessie se trouve parfaitement à l'aise après l'hystéropexie, et se développe plus parfaitement encore que pendant la grossesse. On verra surtout, dans l'excellente thèse de Léon, que l'utérus se développe très normalement, sans accidents durant les grossesses qui suivent l'hystéropexie abdominale antérieure, et que celle-ci n'assombrit nullement le pronostic de la vitalité de l'enfant et de l'accouchement.

Les moyens de remédier aux prolapsus, l'anatomie et la physiologie nous l'avaient déjà fait pressentir, doivent se diviser en moyens de soutènement et en moyens de suspension.

La première chose à examiner est le périnée : est-il résistant ? élastique ? n'est-il pas plus faible en certains

(1) Berruyer : De l'hystéropexie abdominale antérieure comme traitement des rétrodéviations utérines. Thèse de Lyon 1895.

(2) Duquaire : De l'hystéropexie abdominale antérieure comme traitement de certaines salpingites. Thèse de Lyon 1895.

endroits? sur la ligne médiane, par exemple?... Telles sont les questions que le chirurgien doit se poser. Après un examen attentif, si les recherches sont restées infructueuses, il sera inutile de faire une périnéorraphie. Malheureusement, les statistiques nous révèlent avec quelle fréquence le périnée se trouve incriminé dans les prolapsus. Il faut donc, quand il y a lieu, restaurer le périnée, c'est-à-dire faire une périnéorraphie ou une colpopérinéorraphie si le cas est compliqué de rectocèle. Peu nous importe le procédé opératoire : le meilleur sera souvent celui dont on aura le plus l'habitude.

Voilà le système de soutènement rendu parfait. Mais on n'aura pas pour cela refoulé la vessie, qui bombe dans le vagin. Si la cystocèle complique le prolapsus, et c'est fréquent, il faudra avoir recours à la colporraphie antérieure. Après avoir réséqué un segment de la paroi vaginale antérieure (et l'on aura avantage à réséquer un lambeau en forme de tranche de melon), on aura la satisfaction de voir immédiatement la vessie chassée de son habitat vaginal et rejetée bien qu'incomplètement à la place qu'elle devait occuper primitivement. L'hystéropexie, en redressant le vagin, complètera l'œuvre de la colporraphie.

Ce n'est pas tout : dans le plus grand nombre des cas, on rencontrera l'allongement hypertrophique du col que l'on diagnostiquera soit d'un simple coup d'œil, soit à l'hystéromètre. Et, à ce propos, nous donnons connaissance d'une intéressante remarque que nous croyons encore inédite, et qui est due à M. le professeur

Laroyenne : lorsqu'on mesure à l'hystéromètre un utérus prolabé avec hypertrophie du col et qu'on le mesure à nouveau après réduction, on trouve presque infailliblement une diminution de cet allongement pouvant dépasser vingt-cinq millimètres. Faute de cette précaution, on s'expose à des erreurs de diagnostic, et par suite on est entraîné à intervenir alors qu'il n'y a pas *d'allongement réel*. Si cet allongement réel, comme nous trouvons bon de l'appeler, n'est que de quelques millimètres, il est inutile d'opérer. Habituellement, au contraire, la pratique nous l'apprend, le col est allongé d'une façon d'autant plus sensible que le prolapsus est plus invétéré. Il faut alors recourir sans hésiter à l'amputation conoïde du col. Notre but, en agissant ainsi, comme l'a fort bien dit Paul Segond, n'est pas de diminuer le poids de l'organe à soutenir, mais de rendre ainsi à l'utérus sa hauteur normale, et comme l'a fait judicieusement remarquer M. le professeur Laroyenne, d'enlever la partie hypertrophiée qui joue le rôle d'amorce. Bien évidemment, on n'aura recours qu'au procédé de la résection conoïde, que nous avons apprécié au chapitre précédent.

L'opération dite de Le Fort, de l'avis même de ceux qui l'ont pratiquée, doit être rejetée pour ses médiocres résultats; nous avons établi qu'elle est même contre-indiquée quoi qu'en ait dit André, chez les femmes jeunes ou en puissance de mari. L'hystéropexie abdominale antérieure, tant par ses résultats que par son indication tout-à-fait spéciale chez les jeunes femmes, est destinée à reléguer le cloisonnement du vagin dans l'oubli.

Reste à traiter le prolapsus utéro-vaginal par défaut de moyens de suspension de la filière génitale, chez les femmes jeunes et pouvant avoir des enfants.

La méthode de l'hystéropexie est destinée à satisfaire ce point assurément le plus important du traitement des prolapsus génitaux. Nous avons démontré l'inanité de toutes les autres méthodes prises en particulier; nous avons démontré que l'hystérectomie vaginale combinée avec eux pouvait donner quelques résultats, mais peu satisfaisants et presque toujours incomplets. Nous avons rapporté de plus que la Société de Chirurgie a rejeté à l'unanimité l'hystérectomie vaginale chez la femme jeune et saine, c'est-à-dire sans complication de maladies ou de tumeurs complètement indépendantes de son prolapsus. Pour ces motifs, l'hystérectomie vaginale se trouve formellement contre-indiquée chez les femmes qui sont encore capables d'avoir des enfants, et il ne peut exister qu'un seul traitement capable de répondre à ces indications parfaitement nettes, c'est l'hystéropexie abdominale antérieure.

La malade, par cette ingénieuse opération, ne risquera pas de mourir au cours de l'intervention pour *hémorragie*, comme le rapporte M. Richelot à propos de l'hystérectomie vaginale. *L'opération se fait au contraire presque à blanc*, étant donnée la brièveté de l'incision, et il est même presque impossible, par le procédé de Laroynne, qu'une seule goutte de sang puisse tomber dans le péritoine incisé, puisque le gros hystéromètre, dont nous avons déjà parlé, appuie fortement la matrice, sans chance de la blesser, contre la

paroi abdominale dans laquelle la face antérieure de l'utérus vient former tampon.

L'opérée ne succombera pas non plus au *shock*, comme Hartmann en cite cinq cas sur cinquante-cinq ; et, pour preuve, il suffit de dire qu'à la Clinique gynécologique de Lyon, où MM. Laroyenne, Condamin et Gouilloud ont pratiqué près de cent hystéropexies abdominales antérieures, suivies de merveilleux résultats, « la mortalité aussi bien que la récurrence ont été à peu près nulles (1) ».

On n'émettra plus de doute maintenant sur la facilité avec laquelle la vessie se remplit et se vide chez les hystéropexiées. Les thèses de Bouffandeau et de Marcel Baudouin, ainsi que les nombreuses observations qui y sont annexées, en font foi.

Toutefois, l'hystéropexie abdominale antérieure ne serait guère supérieure à l'hystérectomie si elle ne permettait pas la conception, la bonne évolution des grossesses et les accouchements normaux. C'était la grosse objection des ennemis de cette opération. Longtemps en effet, on n'appliqua pas l'hystéropexie d'une façon systématique et il fut impossible de réunir un nombre suffisant d'observations d'accouchements consécutifs à l'hystéropexie, de façon à entraîner la conviction même de ses plus grands ennemis. Il y a un an, Lamort (2) entreprit ce travail et publia dans

(1) Note de M. le professeur-agrégé Condamin sur l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne, publiée dans les Archives de Tocologie, 1894, p. 365.

(2) Lamort : Thèse citée.

sa thèse un assez grand nombre d'observations, mais fort incomplètes, car il n'a rapporté dans la plupart que la partie obstétricale. Notre ami, le docteur Léon, les a complétées, en a ajouté de nouvelles, et s'est acquis un grand mérite en faisant connaître l'influence de la grossesse sur la statique des adhérences utéro-pariétales, les résultats tardifs de la ventro-fixation de l'utérus après la grossesse, l'influence de la ventro-fixation sur le processus de la grossesse.

Nous croyons bon de placer ici un *cas personnel de grossesse en cours* chez une femme à qui M. Condamin a pratiqué, il y a dix-sept mois, l'*hystéropexie* par le procédé de M. Laroyenne, en même temps que la résection du col et la périnéorrhaphie.

Prolopsus utérin; cystocèle; rectocèle; allongement hypertrophique de la lèvre antérieure du col. — Résection du col. — Hystéropexie par le procédé de Laroyenne et Périnéorrhaphie.
(CONDAMIN.)

Marie C..., ménagère, âgée de 28 ans, entrée à la Charité le 5 septembre 1893.

Bonne santé habituelle : règles toujours régulières. Jamais de fausse couche, trois accouchements à terme. Le premier enfant est une fillette que nous avons vue, bien portante ; le second avait au cou un circulaire du cordon, mort-né ; le troisième s'est présenté par l'épaule : on corrigea la position vicieuse, on fit une application de forceps (c'était en février 1890), et il se produisit une déchirure du périnée.

La malade, à la suite de cet accouchement malheureux, dut s'aliter complètement pendant au moins un mois. Mais dès les premiers jours où elle commença à se lever, il se produisit lentement un prolapsus : l'utérus dépassait la vulve de 4 centimètres environ pendant la marche.

A partir de ce moment, les règles, bien que régulières, devinrent douloureuses. La malade se plaignait de douleurs dans le ventre, surtout du côté gauche; la marche était extrêmement pénible.

Le 1^{er} janvier 1892. — M. Parisot, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Dijon, constata un prolapsus utérin avec rectocèle, cystocèle et allongement hypertrophique de la lèvre antérieure du col et appliqua un anneau de Dumontpallier, la malade se refusant à une intervention chirurgicale.

Le 5 septembre 1893, — seulement, c'est-à-dire trois ans et demi après l'apparition du prolapsus, la malade entre dans le service de M. Laroyenne.

Le 6 septembre 1893, — résection conoïde du col, hystéropexie par le procédé de M. Laroyenne, et périnéorrhaphie par M. Condamin. L'opérée ne souffre plus, l'utérus est bien en place; règles toujours douloureuses, durant six ou sept jours.

Le 21 septembre 1893. — On met un pessaire en berceau à l'ancienne malade qui sort guérie. Ce pessaire est porté quatre mois, puis quitté.

Le 28 décembre 1894. — Elle se présente à la consultation gratuite (sous le n° 13942). On constate sa grossesse. Elle éprouve des douleurs continuelles, mais attribuables uniquement au fait de la grossesse.

Le 30 janvier 1895, — c'est-à-dire dix-sept mois après l'hystéropexie, nous venons de rendre visite à l'ancienne malade. Sa grossesse s'est affirmée. Depuis vingt jours environ, c'est-à-dire depuis qu'elle sent remuer son enfant, les douleurs ne sont plus continuelles et diminuent insensiblement. La cicatrice n'est pas ombiliquée. Notre parturiente vaque à ses affaires, et s'estime très heureuse d'avoir retiré de l'opération un tel bénéfice.

Aujourd'hui donc tout doute a disparu de ce côté, et l'on peut en déduire que l'hystéropexie abdominale antérieure, combinée aux opérations que nous avons

citées plus haut, est le traitement de choix des prolapsus génitaux. L'innocuité, la simplicité, la rapidité, l'efficacité indubitable et l'excellence des résultats, tant au point de vue de la cure du prolapsus lui-même que des grossesses qui peuvent suivre cette cure, en font une méthode de traitement qui se recommande suffisamment par elle-même, sans qu'il y ait besoin d'insister.

CHAPITRE QUATRIÈME.

- 1° **Résumé du Manuel opératoire.**
- 2° **Particularités que doit présenter l'hystéropexie dans le prolapsus génital.**

Nous empruntons à une note de M. le professeur agrégé Condamin un résumé substantiel du manuel opératoire de l'hystéropexie abdominale antérieure, tel qu'il est exécuté à la Clinique gynécologique de Lyon, par l'excellent procédé de Laroyenne.

Nous n'insistons pas sur les détails, car ce serait sortir du cadre de ce court travail.

1^{er} temps. Désinfection complète du champ opératoire et du vagin, dilatation du col utérin.

2^e temps. La malade est placée en inversion sur le lit de Trendelenburg. Réduction de l'utérus prolapsé ou en rétroversion par le gros hystéromètre de Laroyenne. Un aide le maintient constamment appuyé contre la paroi abdominale qu'il soulève légèrement au niveau du point où doit s'effectuer la fixation.

3^e temps. Laparotomie sur la saillie formée par l'utérus soulevé. Incision de 6 à 8 centimètres au plus.

4^e temps. Dès qu'est incisé le feuillet pariétal, l'aide qui soulève l'utérus avec l'hystéromètre maintient le corps utérin dans la plaie, pendant que l'on place les deux ou trois aiguilles-broches.

5^e temps. L'hystéromètre est retiré. Les crins de Florence passés dans le chas des aiguilles-broches sont noués et fixent la paroi utérine antérieure au péritoine et surtout aux aponévroses de la ligne blanche.

6^e temps. Sutures de la peau.

Le nécessité d'une ventro-fixation dont la solidité puisse persister intégralement, même après la grossesse, est donc la condition indispensable qu'il faut s'efforcer d'obtenir. Et cette condition est d'autant plus impérieuse qu'on se propose de pratiquer l'hystéropexie chez une femme jeune dont la fécondité sera conservée et qui se trouvera en pleine période d'activité génitale.

Nul doute qu'il existe une traction continue exercée sur les liens fixateurs, soit par l'utérus lui-même, soit par les différentes forces qui s'exercent sur lui.

Nous empruntons à la thèse de Léon quelques-unes des idées qui doivent inspirer ce chapitre.

Et d'abord, pour créer de larges et solides adhérences et empêcher leur relâchement que faut-il ? Plusieurs précautions sont nécessaires.

Étant donné que l'utérus, gravide ou non, aura à

vaincre au cas de prolapsus réduit une résistance plus forte qu'au cas de rétrodéviation, il est donc bien évident qu'on cherchera, au cours de l'opération, à multiplier les fils hystérofixateurs. Dans beaucoup de cas où les adhérences se sont relâchées, la fixation n'avait été réalisée qu'au moyen d'un ou deux fils. Wipiwarter, Gottschalk, Léopold ne durent pas s'étonner de leurs insuccès ; ce n'est pas avec deux fils de soie que l'on peut espérer de beaux résultats ! Routier et Fraipont ont pensé qu'un seul fil suffisait. Leurs insuccès remarquables modifièrent sans doute leur jugement. De tels exemples doivent nous servir de leçon : aussi ne devons-nous pas nous contenter d'une ou de deux aiguilles-broches : trois seront nécessaires, et même, en emploierait-on quatre que nous n'y verrions pas d'inconvénient.

Ces aiguilles-broches ont de plus le grand avantage de permettre le contact solide et permanent de toute l'étendue des deux surfaces qui doivent adhérer. Il est évident que si l'on veut en profiter, il ne faut les retirer qu'une à une, et au moment où l'on est prêt à nouer le fil de chacune d'elles.

M. Laroyenne emploie de préférence, pour fixer l'utérus, des *crins de Florence*. Plusieurs raisons ont motivé ce choix qui a son importance. Cette substance est résorbée beaucoup moins vite que le catgut ou la soie, comme vont le prouver les deux observations suivantes :

La première nous est due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Condamin, et nous a été communiquée oralement. Il s'agit d'une femme à laquelle

M. Condamin avait pratiqué une néphrorraphie à l'aide de crins de Florence. Huit mois après, M. Vallas, chirurgien des hôpitaux revit la même femme à l'hôpital de la Croix-Rousse, et constata en pratiquant une seconde opération, que les crins de Florence étaient encore presque intacts. L'autre observation est due à Polaillon. Dans une autopsie faite sur une femme hystéropexiée, morte six jours après l'opération, ce chirurgien constata que les fils de catgut étaient entièrement résorbés. L'utérus n'était plus en contact avec la paroi abdominale que par quelques tractus fibreux tout à fait insuffisants.

Ces deux observations contradictoires prouvent surabondamment la supériorité des crins de Florence.

Polaillon, à la suite de son cas malheureux, avait préconisé les fils d'argent. Mais on serait obligé d'enlever ces fils dans la suite, car les sutures perdues aux fils d'argent, dans un organe doué d'une certaine mobilité, constitueraient un grave inconvénient. Les sutures perdues, par contre, sont le seul moyen d'avoir une cicatrice petite, solide et régulière.

En pratiquant la ventro-fixation pour prolapsus génital, il faut de plus chercher à obtenir un large adossement hystéro-abdominal. Adossons la partie supérieure de la face antérieure de l'utérus et non le fond, nous éviterons ainsi des échecs possibles. Veillons aussi, en introduisant les aiguilles-broches, à ce que la portion du péritoine comprise entre sa section et le point d'entrée des aiguilles, soit telle des deux côtés, que l'adossement sur la ligne médiane soit largement

assuré. Avec M. Audry (1) nous pensons que parmi les quelques échecs graves qu'on a essayés, plusieurs sont dus réellement à l'insuffisance de cet adossement du péritoine qui n'avait pu se réunir faute de contact.

Enfin, il nous reste à indiquer le traitement vaginal consécutif à l'hystéropexie, tel qu'on le pratique à la Clinique gynécologique de Lyon, quand l'opération a eu pour cause un prolapsus génital. Il est des plus simples. Bouffandeau nous le dit en quelques lignes : « On introduit dans le vagin un paquet de gaze iodoformée destiné à servir de pessaire provisoire et à empêcher l'utérus de tirailler par trop sur les sutures fixatrices.

« Pansement à l'iodoforme et à la gaze iodoformée. De douze à quinze jours après l'opération, on place un pessaire, complément indispensable de l'opération ; de préférence on choisira un Hodge. »

Il ne nous reste plus maintenant qu'à indiquer l'avantage du pessaire placé après l'opération. M. Laroynne pense que cette application d'un pessaire est le complément indispensable de la ventro-fixation. Elle constitue une partie essentielle du traitement. Comme nous l'avons dit, le pessaire est placé douze à quinze jours après l'opération, généralement au moment où la malade quitte le service. Son rôle est de maintenir l'utérus en place et de l'empêcher de tirailler sur les adhésions nouvellement formées.

(1) Audry. Notes sur trois observations d'hystéropexie ; emploi d'un procédé nouveau, In Progrès médical du 5 juillet 1890.

M. Terrier repousse l'usage du pessaire, et M. Baudouin prétend que cette pratique, qui consiste à laisser un pessaire dans le vagin après l'opération a un inconvénient : l'antisepsie n'est plus aussi parfaite. Ces réflexions ne nous semblent pas bien fondées : le port du pessaire est une raison pour que la femme se fasse des injections vaginales. En effet, si les femmes qui portent des anneaux ont la précaution, comme on le leur recommande à la Clinique gynécologique de Lyon, de se faire une ou deux injections par jour, on peut considérer comme satisfaisante l'antisepsie du vagin, surtout quand cette cavité n'a subi aucun traumatisme direct. On choisira un pessaire Hodge qui semble le mieux indiqué dans ces cas et qui, s'il ne sert à rien au bout de quelque temps, a au moins l'avantage de ne point gêner.

CHAPITRE CINQUIÈME.

Résultats. Observations. Pièces justificatives.

Voici, comme pièces justificatives un certain nombre d'observations où l'hystéropexie abdominale antérieure a été appliquée. Nous aurions pu en produire sept inédites, mais elles sont trop récentes pour être concluantes.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

Prolapsus génital complet. — Résection du col atteint d'allongement hypertrophique. — Périnéorraphie. — Hystéropexie.
(CONDAMIN.)

C. B..., âgée de 27 ans, entre à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 10, en août 1893. Bonne santé antérieure, bien réglée depuis l'âge de 14 ans.

Il y a 7 ans, elle eut un premier enfant, l'accouchement fut très pénible et dura 28 heures. Il y a 4 ans, deuxième

enfant, accouchement très laborieux. Nouvelle couche en 1891, encore plus laborieuse que les précédentes et qui se termina par une application de forceps. Enfant mort.

A la suite de cet accouchement, elle ressentit une grande pesanteur dans le bas ventre, qui s'accroissait quand elle marchait ou portait un fardeau un peu lourd. Un médecin qu'elle consulta à cette époque reconnut un prolapsus utérin, appliqua un pessaire. Actuellement on constate chez cette malade une déchirure large du périnée, le sphincter néanmoins n'est pas intéressé, cystocèle et rectocèle légères. Le col de l'utérus arrive jusqu'à la vulve, surtout quand la malade est debout. La lèvre antérieure du col est très hypertrophiée et allongée : quand cette femme tousse ou fait un effort, on observe un abaissement jusqu'à la vulve de son système utérin. En même temps elle ressent une douleur assez vive dans les reins.

En raison de la déchirure du périnée et de la rectocèle et cystocèle, il ne semble pas que l'on puisse maintenir par un simple pessaire ce prolapsus génital.

D'autre part en raison de l'âge de la malade, M. Condamin se croit autorisé à proposer une intervention opératoire qui est acceptée.

OPÉRATION. — La première intervention consiste dans l'amputation de la lèvre antérieure hypertrophiée du col : section au bistouri, suture des bords de la plaie au catgut.

La deuxième intervention consiste dans la restauration du périnée. Procédé de dédoublement de la cloison recto-vaginale et adossement des deux parois latérales. La malade alors est transportée sur le lit de Trendelenburg et on pratique l'hystéropexie par le procédé du professeur Laroyenne. Cette troisième intervention, suture cutanée comprise, n'a pas duré 10 minutes.

Les suites opératoires furent des plus simples. Malgré ces trois interventions en une seule séance, la malade n'a jamais présenté de température supérieure à 38°2. Au huitième jour, on enlève les fils de la périnéorrhaphie. L'utérus est parfaite-

ment maintenu élevé en contact avec la paroi abdominale. La rectocèle et la cystocèle ont disparu.

Au quinzième jour la malade rentre chez elle. Pour plus de sûreté on lui fait porter pendant quelque temps un pessaire de Hodge.

OBSERVATION II.

Prolapsus utérin. — Hystéropexie. (LAROYENNE et CONDAMIN.)

P. L..., âgée de 61 ans, Genay (Ain). Entre le 18 juillet 1893 à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 7.

Bonne santé habituelle. A eu 3 enfants, le dernier il y a 32 ans. Accouchements normaux, sans forceps. L'utérus fait saillié à la vulve depuis 19 ans, mais le prolapsus est surtout marqué depuis 10 ans. Il se réduit assez facilement, mais se reproduit immédiatement dans la station debout. La malade a porté, il y a 3 ou 5 ans, pendant quelque temps, un pessaire placé par une sage-femme. Mais il tombait facilement et ne maintenait pas complètement le prolapsus. La cavité utérine mesure à l'hystéromètre 12 centimètres.

OPÉRATION. — Le 22 juillet. Hystéropexie par le procédé du professeur Laroyenne. L'utérus est fixé d'abord par les broches-aiguilles et ensuite par des crins de Florence qui fixent l'utérus aux aponévroses de la ligne blanche et au péritoine correspondant.

28 juillet. — La malade va aussi bien que possible. Elle n'a jamais présenté de température et commence à se lever.

9 août. — On lui place un pessaire Hodge pour plus de sûreté et la malade rentre chez elle n'éprouvant aucune souffrance.

L'utérus est maintenu assez haut contre la paroi abdominale. On ne constate pas d'impulsions quand la malade tousse ou fait un effort.

OBSERVATION III.

Prolapsus utérin. — Hystéropexie. (LAROYENNE et CONDAMIN.)

P. F..., âgée de 38 ans, domestique née à Chandon (Loire), entre à la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 11, le 5 juillet 1893.

Bonne santé habituelle. Réglée à 12 ans et toujours régulièrement depuis cette époque, mais abondamment et pendant huit jours.

Deux accouchements l'un en 1875, l'autre en 1886, normaux tous deux. Pas de fausses couches. Depuis le mois de janvier dernier, elle s'aperçoit que sa matrice sort à la vulve. Le prolapsus a augmenté depuis cette date et actuellement il fait hors la vulve une saillie de 8 centimètres.

12 juillet 1893. — Hystéropexie par le procédé de M. Laroynne.

Fixation de l'utérus à la couche musculo-aponévrotique de l'utérus par trois fils de catgut.

18 juillet. — La malade présente un peu de température. On en trouve rapidement la raison dans un petit abcès développé autour d'un des fils profonds. On fait sauter les fils superficiels. Il s'écoule un peu de pus.

7 août. — La réunion par deuxième intention est à peu près complète. Le résultat n'a pas été compromis par cette suppuration.

L'utérus reste bien fixé à la paroi abdominale et la malade rentre chez elle, n'éprouvant aucune douleur. On lui place pour quelque temps un pessaire destiné à corroborer les effets de l'hystéropexie.

OBSERVATION IV.

Prolapsus utérin. — Cystocèle. — Absence de périnée. — Hystéropexie. — Colporraphie antérieure. — Restauration du périnée. (LAROYENNE et CONDAMIN.)

B .., 38 ans, cultivatrice, entrée salle Sainte-Thérèse, le 13 juillet 1893.

Bonne santé habituelle. Toujours réglée normalement. Il y a 2 ans, accouchement au forceps. Six mois après, elle s'aperçut que son utérus venait faire un peu saillie à la vulve. Ce phénomène ne se produisait d'abord qu'après les excès de fatigue ou de travail, puis il est devenu habituel.

Actuellement la malade présente un prolapsus utérin complet avec ulcérations saignantes du col. La cavité utérine mesure 11 centimètres.

La vessie accompagne l'utérus dans sa chute. Le périnée est réduit à la seule cloison recto-vaginale.

La malade n'a jamais porté de pessaire. Vu son âge, on lui propose immédiatement l'hystéropexie.

21 juillet. — Dans la même séance, M. le professeur Laroyenne, pratique l'hystéropexie, la réfection du périnée et la résection d'un lambeau de la paroi antérieure du vagin pour réduire le prolapsus vésical.

C'est par cette dernière opération que l'on commence. On excise un large lambeau elliptique de la muqueuse vaginale antérieure puis on rapproche et suture au catgut les deux lèvres de la plaie.

La réfection du périnée se pratique par le procédé de L. Tait. Décollement de la muqueuse vaginale puis suture avec quatre points de catgut.

L'hystéropexie est faite par le procédé habituel. Trois fils de gros catgut sont passés dans l'aponévrose, le péritoine et la paroi antérieure de l'utérus. Suture de la peau par un surjet au catgut.

Pendant les huit jours qui ont suivi l'opération, la température s'est maintenue entre 38° et 38°5 puis est redevenue normale.

Les fils périnéaux ont été enlevés le cinquième jour; les autres, le douzième.

9 août. — La malade sort enchantée du résultat de son opération. L'utérus est parfaitement maintenu élevé contre la paroi abdominale.

OBSERVATION V.

Prolapsus utérin sans cystocèle. — Hystéropexie. — Blessure de la vessie. (LAROYENNE.)

B. C., âgée de 45 ans, née à Hyenne (Savoie), entre à la Charité dans le service du professeur Laroyenne le 12 avril 1893, salle Sainte-Thérèse, n° 9.

Bonne santé habituelle. Rien dans les antécédents. Réglée régulièrement.

Accouchement normal il y a 16 ans. Jamais de métrorragies ni de pertes blanches. Il y a environ 3 mois, en faisant un effort, elle ressentit brusquement une douleur assez vive dans le bas-ventre; la marche devint à partir de ce moment très pénible. Portait-elle quelque chose d'un peu lourd; ou faisait-elle un effort, immédiatement elle avait la sensation d'une masse qui descendait à la vulve. A ce moment apparurent des pertes blanches abondantes et des douleurs assez vives au moment des règles.

A l'examen, à son entrée à la Charité, on constate une déchirure presque complète du périnée. Le sphincter anal cependant est indemne. Très léger degré de rectocèle; pas de cystocèle. Le col se présente à la vulve. Il n'est pas le siège d'allongement hypertrophique. La miction s'effectue normalement.

On propose à la malade une restauration de son périnée et une fixation de son utérus prolabé à la paroi abdominale.

29 avril. — Périnéorrhaphie. Procédé de dédoublement de la cloison recto-vaginale. Le tissu fibreux domine dans cette région et ce n'est qu'à grand peine qu'on arrive à reconstituer un périnée musculaire avec des sutures au crin de Florence. Pour ne plus revenir sur cette périnéorrhaphie, nous dirons que plusieurs fils n'ont pas tenu et qu'à ce point de vue, il n'y a pas eu, à la suite de cette intervention une amélioration bien nette du côté du périnée.

Après la périnéorrhaphie et dans la même séance, on procède à la dilatation du col utérin pour pouvoir introduire un gros hystéromètre et procéder à l'hystéropexie suivant le procédé de Laroyenne. La malade est placée sur le lit de Trendelenburg.

Un aide maintient l'utérus réduit et appliqué au-dessus du pubis contre la paroi abdominale antérieure qu'il fait bomber légèrement. On pratique à ce niveau une laparotomie. Les dimensions de l'incision ne dépassent pas 6 à 8 centimètres.

Lorsque le péritoine pariétal est ouvert, on constate, à la partie antérieure du corps utérin qui oblitère l'orifice de la laparotomie, maintenu qu'il est par un aide qui le soutient avec le gros hystéromètre de M. Laroyenne, un léger plissement qui fait songer un instant à la vessie. Un aide introduit alors une sonde dans la vessie, mais, soit qu'il soit gêné par le plan horizontal du lit de Trendelenburg, soit que la sonde ait rencontré un pli de la muqueuse, il ne parut pas qu'elle pût remonter jusqu'au point plicaturé.

Suivant sa méthode d'hystéropexie, M. Laroyenne fixe d'abord l'utérus dans la position où le maintenait l'aide, avec trois aiguilles-broches qui traversent successivement la couche musculo-aponévrotique et péritonéale d'un côté, la surface antérieure de l'utérus et la couche péritonéale et aponévrotique du côté opposé. Des fils de soie sont passés dans les aiguilles, sont serrés et fixent solidement l'utérus à la paroi

abdominale. On pratique un dernier plan de sutures réunissant les bords de la peau.

Les fils hystéro-fixateurs n'intéressaient que le tiers supérieur du corps utérin.

30 avril. — On sonde la malade et l'on retire de la vessie une certaine quantité d'urine sanguinolente. On se rappelle la disposition plicaturée observée au cours de l'opération et l'on se rend compte que la vessie a certainement été perforée par les aiguilles-broches bien que celles-ci n'aient intéressé que le tiers supérieur du corps utérin. On fait sauter les fils fixateurs. Les hématuries persistent 4 ou 5 jours encore, puis tout rentre dans l'ordre. La plaie superficielle est légèrement infectée, probablement à la suite de l'ablation des fils profonds.

Au bout de trois semaines, la malade demande à rentrer chez elle, et, contrairement à l'attente générale on constate que l'utérus est resté assez haut, maintenu contre la paroi abdominale par des adhérences qui s'étaient formées en vingt-quatre heures, puisque les fils hystéro-fixateurs avaient été enlevés le lendemain de l'opération.

Pour aider ce résultat, on place à la malade un pessaire, et depuis on ne l'a pas revue à la clinique.

OBSERVATION VI.

Prolapsus utérin. — Hystéropexie. (LAROYENNE.)

P.... Marie, 48 ans, entrée le 22 mai 1889 dans le service de M. Laroyenne. Réglée à 15 ans, toujours d'une manière normale.

Mariée à 24 ans, a eu quatre enfants. Après sa dernière couche, c'est-à-dire il y a quatre ans, comme elle avait déjà eu auparavant un peu de prolapsus utérin, elle garda le lit pendant cinq semaines. Mais c'est surtout depuis six mois que l'abaissement de l'utérus est très marqué.

A son entrée dans le service, on constate qu'il fait hors de la vulve une saillie de plusieurs centimètres ; on le réduit facilement mais il ne peut rester maintenu en place par suite du relâchement du plancher périnéal. La peau du périnée ne présente pas de déchirure, mais celui-ci est mince, flasque, sans résistance. Les parois vaginale, vésicale et rectale suivent l'utérus dans son prolapsus, cependant l'abaissement de ce dernier organe reste bien le phénomène prédominant.

L'utérus est gros ; sa cavité mesure 12 centimètres.

M. le Dr Gouilloud fait trois séances de réposition d'après la méthode de Thure-Brand.

On remonte l'utérus très haut près de l'ombilic, ce qui est facile étant donné son volume et on le met en antéverson accentuée. L'utérus ne sort pas, tant que la malade est au lit.

14 juin 1889. — M. Laroyenne pratique l'hystéropexie.

Il fait une incision abdominale de 8 centimètres à peine. Un aide avec le gros hystéromètre introduit dans la cavité utérine remonte l'utérus et le fait saillir au niveau de l'ouverture abdominale. M. Laroyenne place un premier point de suture sur le fond de l'utérus ; pour cela il embroche successivement avec la grande aiguille d'Emmet le tissu sous-cutané du bord gauche de la plaie, la couche musculo-aponévrotique, le péritoine, 2 à 3 centimètres de la face antérieure de l'utérus en ayant soin de rester dans l'intérieur même de cette paroi, puis à droite le péritoine, la couche musculo-aponévrotique et le tissu sous-cutané.

A ce moment comme on n'avait pas placé de large éponge pour maintenir les intestins en comptant sur une obturation suffisante de la plaie par l'utérus les intestins font issue au dehors ; on les réduit facilement.

On noue alors les fils ; ils sont en catgut chromique ordinaire de moyen volume ; on s'aperçoit qu'ils sont trop faibles ; on les remplace par du catgut plus gros.

On les noue, puis on fait au catgut une simple suture superficielle de la paroi abdominale.

Enfin on place dans le vagin un pessaire en gimblette et un tampon de gaze iodoformée.

15 juin. — On a été, hier soir et ce matin, obligé de sonder la malade.

21 juin. — Le cathétérisme urétral est de nouveau nécessaire.

22 juin. — Apparition des règles.

5 juillet. — Les suites de l'opération ont été aussi simples que possible; la malade commence à se lever.

12 juillet. — La malade quitte le service. Sa cavité utérine ne mesure plus que 9 centimètres; on sent le fond de l'utérus fixé à la paroi abdominale à trois travers de doigt au-dessus du pubis. La malade devant se remettre immédiatement aux travaux des champs, on lui fait garder son pessaire par mesure de prudence.

OBSERVATION VII.

Prolapsus utérin. — Cystocèle. — Hystéropexie. — Colporraphie antérieure. (LAROYENNE.)

Antoinette Dum..., 58 ans, ménagère, entrée dans le service de M. le professeur Laroyenne le 29 mai 1891.

La malade a eu, il y a 25 ans, un accouchement laborieux pendant lequel il se produisit une profonde déchirure du périnée. Pendant les premières années qui suivirent, elle n'éprouva aucune gêne de cet accident; mais au bout d'un certain temps son utérus commença à se montrer à la vulve; elle porta alors des pessaires qui la soulagèrent.

Mais depuis 11 ans les pessaires ne peuvent être maintenus en place et actuellement l'utérus, facilement réductible dans le décubitus horizontal, fait au contraire dans la station debout une saillie extra-vulvaire du volume d'une grosse

orange. Sa muqueuse est sèche, cutanéisée, recouverte de petites ulcérations. La vessie accompagne l'utérus dans son prolapsus.

Le périnée est réduit à la cloison recto-vaginale. L'état général est excellent.

1^{er} juin. — Hystéropexie d'après le procédé de M. Laroyenne à l'aide de trois fils de catgut.

Immédiatement après, colporraphie antérieure pour réduire la cystocèle.

Suites opératoires très simples. Les trois premiers jours, la température a oscillé entre 38° et 38°5, puis est devenue normale.

25 juin. — La malade sort, son utérus est bien fixé. Malgré cela on lui place un anneau. La valvule baille par absence de périnée.

OBSERVATION VIII.

Prolapsus. — Hystéropexie. (LAROYENNE.)

Claudine Pres..., 53 ans, entrée salle Sainte-Marie le 26 décembre 1889.

Réglée à 13 ans, a eu 4 enfants, le dernier il y a 18 ans, tous ses accouchements ont été normaux, jamais de fausse couche.

Elle s'est aperçue de son prolapsus il y a un an. Plusieurs pessaires ont été essayés depuis le mois d'avril dernier, tous inutilement.

Actuellement il y a un prolapsus complet avec rectocèle et cystocèle.

La cavité utérine mesurée à l'hystéromètre est de 12 centimètres.

28 décembre. — M. le professeur Laroyenne pratique l'hystéropexie. On amène avec le gros hystéromètre l'utérus au

niveau de la plaie abdominale ; on embroche sa paroi antérieure avec quatre grandes aiguilles qui traversent également le péritoine et l'aponévrose et on passe quatre gros fils de catgut ; quelques points superficiels, suture au catgut complètent l'occlusion de la plaie abdominale.

Le soir de l'opération T. 39°2.

29 décembre. — T. matin 38°, soir 38°2.

A partir du 30 décembre la température ne dépasse plus 38° malgré la suppuration de quelques points de suture superficielle.

20 janvier 1890. — La malade quitte le service complètement guérie, mais elle a toujours un peu de cystocèle et pour cela on lui fait porter un pessaire en gimblette.

27 mars 1890. — La malade va très bien. Le corps de l'utérus est appliqué contre la paroi postérieure du pubis, le col est élevé.

Elle porte toujours son pessaire en gimblette.

10 juillet 1890. — L'utérus est toujours en très bonne position. On a remplacé la gimblette par un anneau de Hodge.

19 juillet 1892. — L'utérus est toujours bien maintenu. La cystocèle reste réduite par un pessaire en gimblette. Mais à la partie inférieure de la plaie abdominale entre les points de suture il existe une petite hernie dont l'orifice de sortie est large environ comme une pièce de un franc. La malade avoue n'avoir jamais porté bien régulièrement sa ceinture hypogastrique.

OBSERVATION IX.

Eventration post puerpérale. — Prolapsus. — Cure radicale de l'éventration. — Hystéropexie. (GUILLOUD.)

Rosalie Gui, 31 ans, entrée le 1^{er} octobre 1891, salle Sainte-Thérèse.

Menstruée à 13 ans, toujours régulièrement, peu abondam-

ment. Mariée à 22 ans, a eu 4 enfants. Tous ses accouchements ont été difficiles ; ils ont nécessité deux fois une application de forceps, une fois une version : une autre fois l'enfant est venu mort. C'est après cette couche, il y a 6 ans, qu'est survenue l'éventration que présente aujourd'hui la malade ; cette éventration bien tolérée dans le décubitus horizontal déterminait au contraire dans la station debout une sensation de malaise général avec état nauséux ; ces symptômes furent amendés par le port d'une ceinture hypogastrique.

Il y avait 3 mois que la malade portait cette ceinture lorsqu'elle fit une chute à la suite de laquelle se produisit un prolapsus dès le début aussi complet que maintenant. Elle resta pendant un an ou deux sans faire de traitement, mais depuis 4 ans elle a essayé plusieurs sortes de pessaires. Aucun n'a pu être toléré et la malade se contente depuis lors de maintenir son utérus à l'aide, d'un bandage en T avec pelotes adaptées.

Actuellement la malade présente un prolapsus complet ; en même temps, lorsque, couchée, on la fait asseoir, on voit se dessiner une éventration qui commence à 2 travers de doigt, au-dessus du pubis et qui remonte jusqu'à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'ombilic ; c'est l'éventration classique des grossesses multiples.

Opération le 5 octobre 1891 par M. le Dr Gouilloud. Incision elliptique remontant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic et descendant jusqu'à l'extrémité inférieure de l'éventration et ayant près de 5 centimètres de largeur au niveau de l'ombilic. On traverse une couche graisseuse moyennement épaisse jusqu'à l'aponévrose. Le lambeau cutané se laisse détacher très aisément de la couche aponévrotique de la ligne blanche distendue ; au niveau de l'ombilic on excise la cicatrice cutanée au bistouri ; on constate avec surprise qu'on vient de produire une petite perte de substance à la ligne blanche sans toutefois avoir intéressé la séreuse sous-jacente. On ferme cette perforation de la couche apo-

névrotique à l'aide d'un point de suture au catgut chromique.

A ce moment, la malade étant dans la position de Trendelenburg, on voit très nettement tout le sac aponévrotique formé par la ligne blanche distendue rentrer pour ainsi dire dans l'abdomen en faisant une gouttière entre les muscles droits.

Sur le muscle droit, du côté droit d'abord, et près de son bord interne, on entaille avec les ciseaux le feuillet antérieur de la gaine aponévrotique, puis on sectionne ce feuillet en remontant le long du bord interne du muscle et par suite un peu en dehors de la ligne blanche distendue.

Même section de la gaine du muscle droit du côté gauche des deux côtés. Cette section de la gaine aponévrotique du muscle droit de chaque côté de la ligne blanche distendue donne quatre lèvres aponévrotiques, une interne et une externe de chaque côté (1).

On suture en surjet au catgut chromique fin les lèvres aponévrotiques internes droite et gauche qui résultent de la section longitudinale de la gaine des muscles droits. Cette suture se fait par suite au-dessus de la ligne blanche qui rentre ainsi au fur et à mesure dans l'abdomen. Par dessus, on fait un second plan de suture également avec un surjet de catgut chromique fin pour réunir les lèvres aponévrotiques externes droite et gauche.

Ces deux plans de suture ne comprennent que les deux tiers supérieurs de la ligne herniaire ; on réserve la suture du tiers inférieur pour le moment où l'on fera l'utéro-fixation.

On continue donc de haut en bas, à droite et à gauche, la section longitudinale des gaines des droits en faisant réunir ces deux lignes de section au-dessous de l'angle inférieur de la ligne d'éventration.

(1) De l'éventration opératoire; prophylaxie et cure radicale, par le Dr Gouilloud (Lyon médical et Archives de Tocologie, 1892).

Sur le côté gauche de la ligne blanche, on pénètre jusque dans la cavité péritonéale. La vessie distendue et remontée du côté de l'ombilic par son poids dans la position de Trendelenburg se présente sous un aspect tout spécial dû sans doute à sa laxité qui doit augmenter sa cavité et à la réduction de la cystocèle ; elle se montre à l'ouverture du péritoine sous les apparences d'une poche liquide simulant un kyste de l'ovaire. On refoule alors la vessie en bas à l'aide d'une éponge et l'intestin en haut à l'aide d'une autre éponge. On va ensuite, entre ces deux éponges avec les doigts et une pince de Doléris chercher le fond de l'utérus que l'on n'a pu cathétériser.

Immédiatement on passe 3 grandes aiguilles qui pénètrent d'abord la lèvre aponévrotique externe, la ligne blanche plissée, le péritoine, la paroi utérine antérieure, la lèvre péritonéale, puis l'aponévrose du côté opposé.

On passe alors 3 gros catguts à l'aide des 3 aiguilles que l'on retire successivement ; on les noue au fur et à mesure et on fixe ainsi la paroi antérieure de l'utérus au péritoine et aux couches aponévrotiques.

Au-dessus et au-dessous, on fait un très petit surjet au catgut sur le péritoine pour le bien fermer. On en fait autant sur les lèvres aponévrotiques externes.

L'éventration se trouve donc fermée dans son tiers inférieur comme au-dessus par deux plans de suture, l'un profond comprenant les couches aponévrotiques externes et internes, ainsi que le péritoine et la paroi utérine antérieure, et un second plan superficiel de suture en surjet au catgut fin unissant seulement les lèvres aponévrotiques externes entre les trois points profonds.

On termine par la suture de la peau et de la couche sous-cutanée. Cette suture comprend quatre points d'affrontement profonds au catgut pénétrant même dans la couche aponévrotique pour ne pas laisser là d'espace mort et un surjet au catgut tout à fait superficiel. Pas de drainage.

Durée de l'opération : 1 h. 20'.

Le soir de l'opération : T. 37°6.

6 août. — La malade est très oppressée, son pouls est très rapide ; le soir, elle a une expectoration puriforme ; à l'auscultation on trouve de la submatité et du souffle à la partie moyenne du poumon droit, en même temps gros ronchus disséminés. Du côté du ventre on ne trouve rien d'anormal, ni douleur, ni tympanisme, ni nausée.

T. matin, 38°4, soir 40°.

On prescrit kermès 0 gr. 05, sulfate de quinine 0 gr. 50 et un topique.

7 août. — Les phénomènes pulmonaires s'amendent malgré la persistance du souffle et des ronchus. Toujours aucun phénomène abdominal, sauf un peu de douleur au niveau de la plaie au moment de la toux. Faciès calme. Pouls 120. T. matin 38°7, soir 38°.

8 août. — Tout est rentré dans l'ordre. Une verrée d'eau purgative détermine plusieurs selles. T. matin 38°, soir 38°6.

Jusqu'au 11 août, la température rectale oscille entre 38° le matin et 38°6 le soir, mais, à partir de cette date, elle ne dépasse plus 38°. La cicatrisation se fait par première intention.

25 août. — La malade demande à quitter le service.

Le résultat immédiat est parfait. Au lieu d'une ligne blanche distendue, la malade présente une cicatrice absolument linéaire. L'utérus est plaqué contre le pubis, le col est distant de 6 centimètres du bord inférieur de la symphise. Le prolapsus et l'éventration sont donc complètement corrigés. Par mesure de prudence on prescrit cependant le port d'un pessaire en anneau et d'une ceinture à plaque hypogastrique.

15 février 1892. — La malade va bien. La ligne blanche n'a pas cédé ; le fond de l'utérus est à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Le pessaire que l'on avait placé a été expulsé au bout d'un mois. Il y a une tendance au prolapsus des parois vaginales par défaut de périnée.

Revue le 12 juin 1893, un an et demi après l'opération. Le résultat s'est maintenu intégral : pas trace d'éventration ; utérus haut situé. Pas de prolapsus vaginal.

OBSERVATION X.

Prolapsus utérin. — Hystéropexie. (LAROYENNE).

Marie C..., 55 ans, matelassière, entrée salle Sainte-Thérèse le 5 novembre 1892.

Réglée à 18 ans. A eu deux enfants, le dernier il y a 30 ans. Ménopause il y a 5 ans. Le début de son affection remonte à sa dernière couche.

Actuellement la malade est atteinte d'un prolapsus utérin qui se réduit facilement, mais qui n'a pu être maintenu réduit par différents pessaires qu'on lui a placés depuis quatre ans.

7 novembre. — Opération. Incision de 6 cent. environ sur la ligne médiane à partir de 4 cent. au-dessus du pubis. L'utérus est relevé et amené à la plaie à l'aide de l'hystéromètre. Quelques anses intestinales viennent se placer au-devant du fond de l'utérus, mais on peut les refouler facilement et l'on saisit le fond de l'utérus avec deux pinces hémostatiques. On le fixe alors à la paroi abdominale par quatre points de suture au catgut, et on complète l'occlusion de la plaie par deux plans de suture continue pour la couche musculo-aponévrotique et pour la peau.

La température, après avoir oscillé entre 37°8 et 38°2 pendant les trois premiers jours après l'opération, redevient normale dans la suite.

27 novembre. — La malade sort.

OBSERVATION XI.

Prolapsus utérin. — Hystéropexie. (LAROYENNE).

Louise D..., 61 ans, cultivatrice, entrée salle Sainte-Thérèse le 18 juillet 1893.

Bonne santé habituelle, a eu 3 enfants, le dernier il y a 32 ans. Tous ses accouchements ont été normaux.

Le prolapsus actuel a débuté, il y a 19 ans, mais il est surtout marqué depuis 10 ans; il se réduit assez facilement, mais il se reproduit aussitôt dans la station debout; le prolapsus est ainsi aussi complet que possible. La cavité utérine mesure 12 centimètres.

Il y a 4 ou 5 ans, la malade a porté pendant quelque temps un pessaire, mais il n'a pu être gardé.

Comme c'est une femme robuste, paraissant plus jeune que son âge, on se décide immédiatement pour l'hystéropexie.

L'hystéropexie est pratiquée le 22 juillet par M. le professeur Laroyenne, suivant son procédé habituel. L'utérus est fixé à la paroi abdominale par 3 crins de Florence. Suture superficielle de la peau au crin de Florence. Opération très facile. Suites simples. La température n'a pas dépassé 38°2 les jours qui ont suivi.

7 août. — La malade sort. Son utérus est parfaitement maintenu contre la paroi abdominale élevée.

OBSERVATION XII.

Prolapsus utérin. — Hystéropexie. (LAROYENNE.)

Félicie B..., 38 ans, domestique, entrée salle Sainte-Marie, le 5 juillet 1893.

Bonne santé habituelle. Menstruée à 12 ans toujours régulièrement, abondamment, 2 accouchements il y a 18 ans et il y a 7 ans, tous deux absolument normaux, jamais de fausse couche. Depuis le mois de janvier dernier, elle s'aperçoit que son utérus fait saillie à la vulve; le prolapsus a augmenté peu à peu depuis cette date et actuellement l'utérus fait, hors de la vulve, une saillie de 6 à 8 centimètres.

12 juillet. — Hystéropexie par M. le professeur Laroyenne, suivant son procédé habituel. 3 fils de catgut fixent l'utérus à la paroi abdominale. Opération simple.

18 juillet. — Depuis deux jours la malade a plus de 39°. Le pourtour de sa plaie est rouge, un peu douloureux. On enlève les fils cutanés. Il sort alors de la paroi abdominale une grande quantité de pus fétide très liquide.

7 août. — La malade va bien, son utérus est maintenu contre la paroi abdominale.

Sa plaie suppure encore un peu.

OBSERVATION XIII.

Prolapsus utérin. — Cystocèle. — Déchirure périnéale. — Hystéropexie et colporrhaphie antérieure, puis périnéorrhaphie. (LAROYENNE.)

Madeleine R..., 43 ans, entre salle Sainte-Thérèse le 30 avril 1890.

Réglée à 12 ans. A eu son premier enfant à 24 ans. Deux autres en bonne santé. Le dernier accouchement a été difficile. Rétention placentaire, fièvre puerpérale. Depuis le premier accouchement, chute de l'utérus, mais les pessaires remédièrent à cet inconvénient jusqu'à il y a 4 ans. Depuis cette époque la malade, pour marcher, était obligée de soutenir son utérus à l'aide d'une large bande de caoutchouc. Maux de cœur. Amaigrissement rapide. Depuis quatre mois aggravation de tous les symptômes. La malade est forcée de garder le lit. La tumeur n'est plus réductible et les douleurs sont très vives.

Actuellement amaigrissement assez marqué. La vulve très dilatée et obstruée par une tumeur rosée, plissée, du volume d'une orange. Cette tumeur est formée par la face inférieure de la vessie, le cul-de-sac antérieur et la lèvre antérieure du col utérin. En effet, l'orifice du col se trouve à la partie postérieure de la tumeur qu'il faut soulever pour faire le cathétérisme de l'utérus. Le cul-de-sac postérieur est fixé et n'a

jamais subi de déplacement. La cavité utérine mesure 8 centimètres. La cystocèle est si accentuée qu'elle ne peut être maintenue par un pessaire; si l'on ne continue pas, après la réduction, à maintenir la tumeur avec la main, elle se reproduit aussitôt.

OPÉRATION, le 7 mai. — 1° *Colporraphie antérieure*. — On dissèque sur la tumeur vulvaire, à partir de la ligne médiane deux lambeaux de muqueuse en volets. Ablation de la muqueuse sur une surface de 8 à 9 centimètres de long et de 4 ou 5 de large. Affrontement des deux lambeaux cruentés et suture au catgut. La sous-muqueuse est très vasculaire et même après la suture très serrée il se fait un petit suintement de sang.

2° *Hystéropexie*. — Incision de la paroi abdominale à partir du pubis jusqu'à deux centimètres de l'ombilic. Section des différents plans. Ouverture du péritoine immédiatement obli-térée par des anses intestinales, qu'on a beaucoup de mal à refouler latéralement à l'aide de larges éponges plates. Un gros hystéromètre remonte l'utérus vers la partie supérieure de l'incision. On le fixe à la paroi à l'aide de trois grandes aiguilles quel'on laisse en broche pendant la toilette du champ opératoire.

Enfin on pratique trois plans de suture : le premier, trois points au catgut, fixe l'utérus au plan musculaire; le deuxième plus serré, ferme le péritoine et l'aponévrose; le troisième, tout à fait superficiel, n'intéresse que la peau.

Rien du côté de la plaie abdominale. On retire du vagin quelques tampons de gaze iodoformée. La température dépasse 38° pendant cinq jours, puis descend.

25 mai. — La plaie abdominale et la plaie vaginale sont complètement cicatrisées.

4 juin. — Périnéorraphie par le procédé de Lawson-Tait. Suture avec trois fils métalliques. Température normale.

OBSERVATION XIV.

*Prolapsus utérin. — Déchirure du périnée. — Hystéropexie. —
Restauration du périnée. (CONDAMIN.)*

Per..., âgée de 25 ans, entrée dans le service de M. le professeur Laroyenne le 6 octobre 1893, salle Sainte-Thérèse.

Bonne santé habituelle; menstruation régulière.

Mariée, elle eut un enfant il y a 4 ans. Accouchement assez laborieux, sans médecin.

Deux mois après cet accouchement, douleurs et tiraillements dans le bas-ventre et prolapsus utérin, mais moins accentué qu'actuellement.

Il y a un an, la malade a subi une opération sous anesthésie. D'après son dire, on lui aurait fait une amputation du col.

6 octobre. — La malade entre dans le service. A l'examen, on constate un prolapsus utérin. Les parois antérieure et postérieure du vagin font une saillie très marquée entre les grandes lèvres. Entre ces deux bourrelets apparaît également le col de l'utérus. La lèvre antérieure du col est très allongée, en bec de flûte et recouvre l'orifice externe du col.

Le périnée, déchiré sur une étendue de 2 centimètres, est incapable de maintenir convenablement un pessaire.

Pas de gêne de la miction. — Constipation fréquente.

7 octobre. — Vu le jeune âge de la malade et le degré déjà avancé du prolapsus, on propose l'opération, qui est acceptée.

Le 7 octobre, — M. Condamin pratique l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne. Incision de 7 cent.; le péritoine est ouvert. Un aide maintient l'utérus appliqué à la paroi abdominale au moyen du gros hystéromètre. L'utérus est fixé par trois aiguilles qui traversent les couches superficielles de sa face antérieure. Elles sont bientôt remplacées par trois crins de Florence et la plaie abdominale est fermée Périnéorraphie. Suites opératoires très simples.

26 octobre. — La malade sort du service. Son périnée est en

parfait état et offre une résistance normale. L'utérus est très bien fixé contre la paroi abdominale antérieure ; il est assez haut. La malade conserve un anneau rond par prudence.

OBSERVATIONS XV. (Inédite.)

Prolapsus utérin avec cystocèle. — Hystéropexie abdominale antérieure par le procédé de Laroyenne. (CONDAMIN.)

Marie R..., lingère, âgée de 32 ans, entre à la Charité le 20 septembre 1894, salle Ste-Thérèse, lit n° 14.

Réglée à l'âge de 14 ans, règles toujours régulières, mais douloureuses. Bonne santé habituelle. Entre sa 14^e et sa 21^e année elle a été atteinte quatre fois d'érysipèle.

Trois couches normales. Jamais de fausse couche. Depuis sa première couche, qu'elle a eue à l'âge de 22 ans, la malade souffre toujours. Elle ressent des douleurs dans le bas-ventre et dans les aînes, elle a en même temps des pertes blanches abondantes. La malade ne peut pas marcher, ou si elle marche, c'est au prix de fortes douleurs. Ne pouvant supporter la fatigue, elle a dû changer de métier ; de blanchisseuse elle est devenue lingère. Elle ne peut coudre à la machine qu'environ une heure par jour, en différentes reprises.

Au commencement du mois d'août, aux consultations gratuites, on constate un prolapsus utérin avec cystocèle ; on lui met un pessaire qui tombe quatre jours après. Sensible au toucher.

Le 20 septembre. — La malade entre à la Charité.

Le 22 septembre. — Hystéropexie par le procédé de Laroyenne. La température n'a pas dépassé 38° le lendemain de l'opération.

Le 6 octobre. — La malade ne souffre plus du tout et marche sans douleur. Plus de pertes blanches. Etat général très bon. La plaie s'est complètement cicatrisée et n'a pas du tout suppuré. On lui met un pessaire, et demande à s'en aller.

Le 7 octobre. — L'utérus est en bonne position; il est bien maintenu contre la paroi abdominale. Il reste un léger degré d'antéversion qu'un pessaire corrige parfaitement. La malade qui souffrait beaucoup au moment de ses règles voit se régulariser cette fonction.

OBSERVATION XVI. (Personnelle.)

Prolapsus utérin et cystocèle. — Hystéropexie par le procédé de Laroyenne et périnéorrhaphie. — Grossesse en cours.
(CONDAMIN.)

Voyez page 47.

Après la lecture de ces observations, on pourrait nous reprocher que les femmes qui en font le sujet n'ont pas été revues. Mais afin de rassurer ceux qui voudront bien nous lire, nous répondrons que nous sommes autorisé presque formellement à conclure que toutes ces femmes se sont trouvées suffisamment soulagées et guéries, puisqu'elles ne sont pas venues se plaindre aux Consultations gratuites qui font partie du service de M. Laroyenne.

C'est ce qui est prouvé du reste par notre observation personnelle (observation XVI); la malade, enceinte et bien portante, n'aurait jamais songé à se présenter à la consultation gratuite afin de faire constater qu'elle était dans le plus parfait état de prospérité.

CONCLUSIONS.

I. — Les prolapsus génitaux constituent une affection grave, contre laquelle la méthode prothétique est généralement impuissante.

II. — Les opérations autoplastiques faites sur le périnée, le vagin, le col, prises ensemble ou séparément, sont insuffisantes.

III. — Le raccourcissement des ligaments ronds n'a pas d'effet appréciable dans le traitement des prolapsus génitaux : il ne se trouve donc pas indiqué.

IV. — L'hystérectomie vaginale n'est défendable que lorsque la femme a atteint l'âge de la ménopause, ou lorsqu'il existe des annexites doubles ou des lésions graves de l'utérus.

V. — En enlevant l'utérus, l'hystérectomie a le grand tort de se priver de l'organe qui seul est capable de donner prise aux moyens de suspension tout aussi importants que les moyens de soutènement.

VI. — L'hystéropexie abdominale antérieure est avant tout une opération conservatrice qui est d'une exécution simple, facile, et rendue innocente par le procédé de Laroyenne.

VII. — L'hystéropexie abdominale antérieure, combinée avec les opérations autoplastiques indiquées spécialement par chaque cas, réduit parfaitement les prolapsus génitaux : elle est donc l'opération de choix dans la grande généralité des cas.

VU : LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

LAROYENNE.

Permis d'imprimer

Lyon, le 30 janvier 1895.

LE RECTEUR,

EM. CHARLES.

